



Ungarn 2007

Zugang zu Versorgungsleistungen und gesundheitliche Ungleichheiten im Kontext einer Gesundheitsreform

Synthesebericht

Cristina Masseria



Im Auftrag von:
Europäische Kommission
GD Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit

Inhalt

Zusammenfassung	3
1. Thematischer Kontext: Bedeutung der Gesundheitsfürsorge für Gesundheitsförderung und Eindämmung sozioökonomischer Ungleichheiten	6
1.1 Stellenwert der Gesundheitsfürsorge bezüglich gesundheitlicher Benachteiligungen	7
1.2 Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsdiensten.....	8
1.2.1 Gesundheitsfinanzierung und -versorgung in Europa.....	8
1.2.2 Geografische Barrieren	11
1.2.3 Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung – Ergebnisse der OECD-Studie	13
1.3 Themenstellung	14
2. Die nationale Gesundheitsstrategie Ungarns	16
2.1 Produktionseffizienz: Kassenwettbewerb oder Versorgungskoordination?	19
3. Erfahrungen aus anderen Ländern: Österreich, Estland und Frankreich	22
3.1 Nationale Gesundheitsstrategie in Österreich	22
3.2 Nationale Gesundheitsstrategie in Estland	26
3.3 Nationale Gesundheitsstrategie in Frankreich	30
4. Schlussfolgerungen und Diskussion	32
4.1 Erkenntnisse.....	35
Literatur	36

Zusammenfassung

Diese erste in Budapest (Ungarn) abgehaltene Peer Review zu gesundheitspolitischen Fragestellungen steht vor dem Hintergrund der von der ungarischen Regierung angestrebten Reform des Gesundheitswesens. Diese zielt auf die Umgestaltung der ungarischen Gesundheitsfürsorge ab, um den universellen Zugang zu verbessern, die Zugänglichkeit hochwertiger Dienstleistungen zu fördern und eine langfristige Bestandsfähigkeit des Systems zu gewährleisten.

Neben dem Gastgeberland nahmen neun Peer-Länder teil: Bulgarien, Estland, Finnland, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Portugal, Slowenien und die Tschechische Republik. Die beteiligten Interessensvertretungen waren der Europäische Verband nationaler Organisationen der Wohnungslosenhilfe (FEANTSA) und die European Association of Paritarian Institutions of Social Protection (AEIP). Ebenfalls anwesend waren VertreterInnen der GD Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit der Europäischen Kommission.

Die Peer Review war hauptsächlich darauf ausgerichtet, einen besseren Einblick in gesundheitspolitische Konzepte zu eröffnen, die sich sowohl auf den Effizienz- als auch den Gleichstellungsaspekt positiv auswirken. Außerdem sollte das Gastgeberland Ungarn nützliches Feedback erhalten und es sollten gemeinsame Herangehensweisen eruiert werden, die in weiterer Folge dem Ausschuss für Sozialschutz übermittelt werden können. Dies würde einen Beitrag zu einer europäischen Betrachtungsweise des Zugangs zu Gesundheitsdiensten und der Eindämmung gesundheitlicher Benachteiligungen leisten.

Die Gewährleistung eines universellen Zugangs zu Dienstleistungen für die Bevölkerung, der Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich und die Erhaltung der Bestandsfähigkeit des Systems sind in den meisten EU-Ländern spezifische Ziele des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitspolitik im Allgemeinen. Gesundheitsfürsorge ist in der Tat eine grundlegende Komponente des Sozialschutzsystems. Ohne Gesundheitsfürsorge wären die Gesundheitskosten für die Mehrheit der Bevölkerung – insbesondere Menschen mit chronischen und Infektionskrankheiten – schlichtweg fatal. Im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung einigten sich die EU-Mitgliedstaaten, sich mit drei Zielsetzungen zu befassen: Universeller Zugang, hochwertige Dienste und Bestandssicherung durch die Arbeit des Ausschusses für Sozialschutz. Die Kommission regt ferner an, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich in der neuen Gesundheitsstrategie der EU ein besonderes Augenmerk zu schenken.

In Europa wurden in den vergangenen Jahrzehnten Verbesserungen sowohl des Gesundheitszustandes als auch der Lebens- und Arbeitsbedingungen verwirklicht. Dennoch bestehen auf dem Kontinent noch große Unterschiede in den Lebensbedingungen, die sich in unterschiedlichen Gesundheitsmustern niederschlagen. Eine gute Gesundheit kann als eine der grundlegendsten Ressourcen für sozialen und wirtschaftlichen Wohlstand angesehen werden. Veränderungen der sozioökonomischen Rahmenbedingungen wirken sich unmittelbar auf die Gesundheit der Bevölkerung aus, wobei auch psychosoziale Faktoren ins Spiel kommen. Menschen am unteren Ende der sozialen Leiter sind stärker krankheitsgefährdet als jene am oberen Ende – dies gilt sowohl auf einzelstaatlicher als auch auf EU-Ebene.

Das Gesundheitssystem spielt auch bei der Erklärung von Unterschieden im Gesundheitszustand – sowohl national als auch länderübergreifend – eine wichtige Rolle, wie am Beispiel der Studien zu vermeidbaren Todesfällen deutlich wird. Insofern hat es den Anschein, dass durch eine konzentrierte Berücksichtigung des Gesundheitssystems viel zur Senkung der allgemeinen Sterblichkeitsrate beigetragen werden kann – sogar Schweden, dessen Bevölkerung europaweit zu den gesündesten zählt, könnte die Sterblichkeit durch optimierte Behandlungen noch um 25 % drücken. Wirksame Behandlungsmethoden und die Vorsorge vor Krankheiten hatten in mehreren EU-Ländern auch einen hohen Stellenwert für die Verringerung der Sterblichkeitsraten bei Herz-Kreislauferkrankungen und verschiedenen Krebserkrankungen.

Der wichtigste Punkt: Wenn im Zugang zur Gesundheitsversorgung Ungleichheiten unter sozialen Gruppen bestehen, können sich gesundheitliche Benachteiligungen verschärfen. Es ist nachgewiesen, dass Menschen aus stärker benachteiligten Kategorien trotz höheren Bedarfs an Gesundheitsdienstleistungen nicht die benötigte Betreuung erhalten. Ungleichheiten existieren nahezu überall, sie erklären sich aus geografischen, finanziellen und/oder soziokulturellen Barrieren. Die finanzielle Belastung durch medizinische Versorgung ist für sozial und wirtschaftlich benachteiligte Menschen eine zunehmende Sorge. Es ist eindeutig erwiesen, dass "die Verfügbarkeit guter medizinischer Betreuung der Bevölkerung im umgekehrten Verhältnis zur Bedarfslage steht" (Hart, 1971). Die Gewährung eines universellen Zugangs zu Gesundheitsdiensten beseitigt die Ungleichheiten nicht, wie sich in den meisten Industriestaaten, die finanzielle Hürden im Dienstzugang aufgehoben haben, beobachten lässt. Verschiedene Bevölkerungsgruppen wie Arme, Ältere, legal oder illegal zugewanderte MigrantInnen, Menschen mit Behinderung und ethnische Minderheiten haben mitunter spezifische Bedürfnisse und Erwartungen in punkto Gesundheitsversorgung. Das Gesundheitssystem muss so ausgelegt sein, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung auf gleichberechtigte, wirksame und ansprechende Weise berücksichtigt werden.

Der Gesundheitszustand der UngarInnen ist schlechter als der EU-Durchschnitt. Die Lebenserwartung und die Aussicht auf ein Leben bei guter Gesundheit bleiben weit hinter dem EU-Durchschnitt zurück. Die Verteilung der Todesursachen ist ähnlich wie in anderen entwickelten Ländern, jedoch ist die Häufigkeit der einzelnen Krankheiten höher – und die UngarInnen sterben jünger. 2003 gingen 51 % der Gesamtsterberate auf das Konto von kardiovaskulären Erkrankungen, 25 % auf das bösartige Tumore und 7 % auf das von Erkrankungen des Verdauungssystems, Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Todesursachen.

Die Grundlage des heutigen Gesundheitssystems Ungarns reicht in die 1980-er zurück, wenngleich in den 1990-ern mehrfach Bemühungen zur Neugestaltung des Systems unternommen wurden. Gegenwärtig sind in Ungarn Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und groß angelegte Reformen im Gange, die u. a. darauf abzielen, eine wirksame Antwort auf die neuen Herausforderungen und gleichzeitig Lösungen für bestehende Problembereiche des Gesundheitswesens zu finden (Differenzen im Gesundheitszustand je nach Region und sozioökonomischer Zugehörigkeit, Ressourcenzuteilung innerhalb des Landes, Verschwendung, inoffizielle Zahlungen usw.). Es wurden kurz- und langfristige Maßnahmen in verschiedenen Bereichen ergriffen, u. a. in der Notfallversorgung, mit dem nationalen Gesundheitsprogramm für Säuglinge und Kinder, dem nationalen Krebskontrollprogramm, im Zusammenhang mit den Hausarztdiensten und Fachambulanzen, im Hinblick auf gesundheitliche Benachteiligungen, die Bereitstellung der erforderlichen Mittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens sowie auf dem Versicherungs- und den Arzneimittelmarkt.

Das derzeitige System steht tatsächlich unter erheblichem Druck, da einer übermäßigen Nachfrage ein Ressourcendefizit gegenübersteht (ca. 12 % der versorgungsberechtigten UngarInnen leisten keine Krankenkassenbeiträge). Mit der Einführung einer "Pflichtsolidarität" sollte die Krankenkassenverwaltung in der Lage sein, die Beiträge und Dienstbereitstellungen ab April 2007 zu überwachen; damit wird es möglich sein, die Versorgung für jene, die ihrer Beitragspflicht nicht nachkommen, auf ein Minimum zu beschränken. Die wichtigsten Maßnahmen im Überblick: Verpflichtende Überweisung für die Inanspruchnahme höherer Betreuungsstufen; Abbau von AkutbetreuungsKapazitäten in Krankenhäusern zugunsten von Kapazitäten in den Bereichen chronische und ambulante Betreuung, Krankenpflege und Rehabilitation; Integration der Langzeitpflege; Einführung des AnbieterInnenwettbewerbs für Sozialversicherungskassen; Einführung von Selbsthalten bei Arztbesuchen und Diagnostiktests; Schaffung eines gesetzlichen und finanziellen Rahmens für AnbieterInnen; Koordinierung der medizinischen Grundversorgung auf Distriktsebene; Neuorganisation des Arzneimittelsektors; Verstärkung des Überwachungs- und Verbesserung des IT-Systems; Einführung von Finanzierungsprotokollen; Einrichtung eines Krankenversicherungs-Aufsichtsorgans.

Trotz vielfältiger Unterschiede zwischen den europäischen Gesundheitssystemen (vgl. die Darstellungen Österreichs, Estlands und Frankreichs) sind ähnliche Herausforderungen gegeben. In der Tat steht jedes Land vor der Schwierigkeit, Politikkonzepte zu finden, die einen nachhaltigen Zugang zu gerechten und wirksamen Gesundheitsdiensten für alle gewährleisten und den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung verbessern können. Neuere Herausforderungen wie die Bevölkerungsalterung und die Rolle neuer Technologien haben zu einer stärkeren Ausgabenlast im Gesundheitsbereich geführt. Deshalb fiel in einer Reihe von Ländern die Entscheidung, Selbsthalte und Zuzahlungssysteme einzuführen bzw. auszubauen, mit dem Ziel, die unnötige Versorgungsnachfrage einzudämmen und die Budgetlage zu verbessern. Obwohl in allen Ländern Mechanismen zum Schutz der am stärksten benachteiligten Gruppen vorhanden sind, stellen Kostenbeteiligungen, aus Eigenmitteln zu bezahlende Dienstleistungen, aber auch inoffizielle Zahlungen eine finanzielle Barriere für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine schwere Belastung für Ältere und Ärmere dar. In einem Bericht der WHO Europa aus dem Jahr 2005 wird betont, dass in MOE-Ländern und der GUS finanzielle Hürden das größte Hindernis im Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung darstellen und dass sich die Situation seit Beginn der 1990er verschlechtert hat (Walters / Suhrcke, 2005).

Zur Erreichung dieses übergeordneten Ziels stellen sich daher folgende Zwischenziele:

- Umsetzung von Politikmaßnahmen zur Ausweitung der Versorgungsabdeckung, insbesondere für benachteiligte Gruppen und ethnische Minderheiten
- Bedarfsermittlung in verschiedenen Gruppen (Ältere, Kinder, Minderheiten, MigrantInnen usw.)
- Reduzierung geografischer Ungleichheiten, sei es unter Regionen, zwischen Stadt- und Landgebieten oder zwischen ärmeren und reicheren Zonen
- Umgestaltung der Dienste zur Verstärkung von Prävention
- Verkürzung der Wartezeiten

- Verbesserte Aufklärung, im Hinblick nicht nur auf die Wirksamkeit verschiedener Gesundheitsdienste, sondern auch auf die Kostenwahrheit in der Gesundheitsversorgung
- Effizienzsteigerung und Abbau von Verschwendung
- Verstärkung des Stellenwerts der Begutachtung von Gesundheitstechnologien
- Umsetzung sektorübergreifender Politikkonzepte
- Verbesserung der Datenerfassung und, damit zusammenhängend, verstärktes Monitoring der verschiedenen Politikinstrumente

Insofern drängen sich weiterführende Gespräche auf europäischer Ebene auf, um in Ländern, die Gleichberechtigung, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit gewährleisten wollen, den Aufbau von Gesundheitssystemen voranbringen zu können, die sich in einer sich wandelnden Umgebung und angesichts neuer Erwartungen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen bewähren.

1. Thematischer Kontext: Bedeutung der Gesundheitsfürsorge für Gesundheitsförderung und Eindämmung sozioökonomischer Ungleichheiten.

Im Mai 2004 traten zehn neue Länder der EU bei, 2007 zwei weitere, womit die Union nunmehr 27 Mitglieder zählt. Wenngleich überall ein Rückgang der Sterblichkeit und ein Anstieg der Lebenserwartung zu verzeichnen ist, bestehen nach wie vor beträchtliche Unterschiede. Dafür verantwortlich sind unterschiedliche Lebensbedingungen, z. B. hinsichtlich der absoluten und der relativen Einkommen, der Bildung, der Beschäftigung sowie der Wohnsituation und des Verkehrswesens. Es erweist sich, dass die Verteilung des Gesundheitszustands nicht auf Zufall beruht; vielmehr treten systematische Unterschiede in den Gesundheitsmustern zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen auf, sowohl auf einzelstaatlicher Ebene als auch in länderübergreifenden Gegenüberstellungen. Diese Abweichungen hängen augenscheinlich nicht so sehr mit genetischen Merkmalen zusammen als mit dem sozialen und wirtschaftlichen Umfeld. Gesundheitsgerechtigkeit bedeutet, dass "keine ungerechten, vermeidbaren oder abstellbaren gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung oder unter sozial, wirtschaftlich, demografisch oder geografisch definierten Gruppen bestehen" (Macinko/Starfield 2002). Schon die 1946 verabschiedete Verfassung der Weltgesundheitsorganisation enthielt die Feststellung: "Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung."

Im Zusammenhang mit der sozialen Kluft im Gesundheitswesen wirken sich die Faktoren Einkommen, Bildung und berufliche Stellung sowohl direkt als auch indirekt – über psychosoziale Faktoren – auf Gesundheit, Lebenserwartung und Sterberisiko aus. Menschen am unteren Ende der sozialen Leiter sind stärker krankheitsgefährdet als jene am oberen Ende – dies gilt sowohl auf individueller als auch auf Bevölkerungsebene. Ein Gesundheitsgefälle zieht sich durch das gesamte

soziale Spektrum. Eindeutig gesundheitsrelevante Entscheidungen im Zusammenhang mit der Lebensführung (Ernährung, Unterkunft, Selbstbestimmtheit am Arbeitsplatz, Sport, Rauchen, Alkohol u. dgl.) werden nicht zuletzt von sozialen Faktoren beeinflusst (Mackenbach 2002).

1.1 Stellenwert der Gesundheitsfürsorge bezüglich gesundheitlicher Benachteiligungen

Die Rolle des Gesundheitssystems ist es auch, Aufschlüsse über Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu liefern. Inwieweit die Gesundheitsversorgung für die Volksgesundheit maßgeblich ist, galt lange Zeit als umstritten. Bei dem Versuch, den Stellenwert von Gesundheitssystemen für die Verbesserung der Gesundheit zu messen, wurden verschiedenste Konzepte eingesetzt. Die bis heute geläufigste Methode greift auf weithin verfügbare Mortalitätsdaten zurück und trifft auf dieser Grundlage Aussagen über bestimmte Todesursachen, die bei Verfügbarkeit einer rechtzeitigen und wirksamen medizinischen Intervention nicht auftreten sollten. Diese Verfahrensweise brachte Begriffe wie "vermeidbare Todesfälle" und "medizinisch vermeidbare Sterblichkeit" auf (Rutstein, Berenberg et al. 1976; Charlton, Hartley et al. 1983; Holland / Breeze 1985; Holland 1988; Mackenbach / Bouvier-Colle et al. 1990; Holland 1991; Westerling 1992; Holland 1993; Holland / Fitzgerald et al. 1994; Holland 1997; Nolte / McKee 2004).

Durch die Differenzierung von Todesursachen nach dem Einflusspotenzial der medizinischen Versorgung haben mehrere WissenschaftlerInnen (Carr-Hill 1987, Mackenbach 1988, 1996; McKee) aufgezeigt, dass medizinisch vermeidbare Todesfälle seit Mitte der 1950-er rascher abgenommen haben als jene, für die die Versorgung irrelevant ist. Mackenbach (1988) stellte für die Niederlande fest, dass der Beitrag der Medizin zum Rückgang der Sterblichkeit zwischen 1875 und 1970 zwischen 4,7 % und 18,5 % ausmachte; gleichzeitig ermittelte er, dass zwischen 1950 und 1984 ohne die deutliche Abnahme der vermeidbaren Todesursachen die Lebenserwartung männlicher Neugeborener aufgrund der Zunahme anderer Todesursachen fast um ein Jahr gesunken wäre (Mackenbach, 1996). Es gibt auch Hinweise dafür, dass Barrieren beim Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung in Europa für das Ost-West-Gefälle in der Sterblichkeit und für soziale Ungleichheiten bezüglich der Mortalität verantwortlich sind. Bojan et al. (1991) sowie Boys et al. (1991) belegen, dass die medizinisch vermeidbare Sterblichkeit im Osten höher ist als im Westen. Velkova et al. (1997) trafen die Einschätzung, dass das Ost-West-Gefälle bei der Lebenserwartung von Männern zu 24 % und das Gefälle bei jener von Frauen zwischen der Geburt und dem 75. Lebensjahr zu 39 % auf vermeidbare Ursachen zurückzuführen ist. Ein verbesserter Zugang zu rechtzeitiger und wirksamer Gesundheitsversorgung ist maßgeblich für die Gesundheit, insbesondere durch die Eindämmung der Kindersterblichkeit und der Todesfälle unter Menschen im mittleren Alter und Älteren. Studien verweisen darauf, dass Anstiege der Lebenserwartung größtenteils auf Verbesserungen hinsichtlich der Mortalität aufgrund medizinisch vermeidbarer Faktoren zurückzuführen sind, vor allem in den 1980-ern (Nolte / McKee 2004). Diese in den meisten Ländern erreichten Verbesserungen resultierten aus dem Rückgang der Kindersterblichkeit und der Sterblichkeit unter Menschen mittleren Alters.

Vermeidbare Todesfälle lassen sich unterschiedlich definieren. Eine umfassende aktuelle Europastudie untersuchte, gestützt auf Daten aus den Sterblichkeitsaufzeichnungen der WHO aus den Jahren 1990-2002 (Newey / Nolte et al. 2003), Ausmaß und Tendenzen von durch "Behandlung" bzw. "Prävention" vermeidbarer Sterblichkeit. Die behandelbare Mortalität war in mittel- und osteuropäischen Ländern sowohl 1990/91 als auch 2000/02 am höchsten (v. a. Rumänien, Bulgarien

und Ungarn). Portugal ist das einzige Land der EU-15 mit ähnlich hohen Werten. Am niedrigsten lagen die Raten in Frankreich (Frauen) und Schweden (Männer). Was die durch Prävention vermeidbare Sterblichkeit anbetrifft, sind die Sterberaten in allen Ländern unter Männern mindestens doppelt so hoch wie unter Frauen (Newey / Nolte et al. 2003). Dieses Geschlechtergefälle bei der durch Prävention vermeidbaren Sterblichkeit ist in den neuen Mitgliedstaaten Mittel- und Osteuropas am stärksten ausgeprägt; diese Länder weisen übrigens auch die höchsten absoluten Werte auf (v. a. Männer in Ungarn). Diese Kluft spiegelt auch ein deutlich stärkeres Risikoverhalten bei Alkohol- und Zigarettenkonsum unter Männern wider.

1.2 Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsdiensten

Angesichts wachsender sozialer Ungleichheiten im Gesundheitsbereich in vielen europäischen Ländern steigt das Interesse an Methoden zur Beurteilung von Benachteiligungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dabei fällt v. a. ins Gewicht, dass Unterschiede im Zugang zur Gesundheitsfürsorge zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen ohnehin bereits weit verbreitete gesundheitliche Benachteiligungen noch weiter zu verschärfen drohen. Wie in der Offenen Methode der Koordinierung betont wird, stellt die universelle Versorgung der Bevölkerung mit einer mehr oder minder umfassenden Reihe an medizinischen Diensten ein grundlegendes Politikziel der EU dar. Die Regierungen sind nicht nur bestrebt, für die effiziente Bereitstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung zu sorgen, sondern auch den gleichberechtigten Zugang zu diesen Diensten sicherzustellen. Dieses Ziel lässt sich nur erreichen, wenn für den Zugang die Bedürfnisse der Bevölkerung maßgeblich sind, und nicht die Zahlungskraft. Dies geht aus zahlreichen europäischen Politikdokumenten hervor, zuletzt aus der gemeinsamen Erklärung Belgiens, Deutschland, Portugals, Spaniens, Schwedens und des Vereinigten Königreichs: *"Die grundlegenden Werte von Gleichberechtigung, Universalität und Solidarität bilden die Stützen der Gesundheitssysteme in ganz Europa. Obwohl zwischen unseren Systemen starke Unterschiede in der Organisation und Finanzierung bestehen, sind sie doch alle darauf ausgerichtet, den gleichberechtigten Zugang zu hochwertigen, wirksamen und finanziell nachhaltigen Gesundheitsversorgungsleistungen bereitzustellen, basierend auf den Bedürfnissen und nicht auf der Zahlungsfähigkeit. Alle Systeme gründen auf Solidarität – zwischen Kranken und Gesunden, zwischen Armen und Reichen, zwischen Jungen und Alten und zwischen Menschen in Städten und in ländlichen Gebieten"* (Judge et al. 2005).

1.2.1 Gesundheitsfinanzierung und -versorgung in Europa

Das Gesundheitssystem der europäischen Länder wird entweder aus Steuern oder über die soziale Krankenversicherung finanziert. Es deckt die gesamte Bevölkerung ab, von einigen Ausnahmen in Österreich, Estland, Deutschland, Griechenland, den Niederlanden, Slowenien und der Slowakischen Republik abgesehen. Diese hängen entweder mit der Organisationsform des jeweiligen Universalsystems (z. B. Deutschland, die Niederlande und Irland, wo ein hoher Bevölkerungsanteil auf freiwillige Zusatzversicherungen angewiesen ist) oder mit bestimmten Anspruchskriterien (Wohnsitz, StaatsbürgerInnenschaft) bzw. der Versäumnis von Meldepflichten bei einer zuständigen Behörde zusammen (z. B. Österreich: die Deckung für Arbeitslose gilt nur bei persönlichem Erscheinen beim Arbeitsmarktservice).

Die Höhe des Anteils der öffentlichen Gesundheitsaufwendungen an den Gesamtausgaben für Gesundheit reicht von 36,6 % in Zypern und ca. 50 % in Griechenland bis zu 100 % in Rumänien und Bulgarien (die Bedeutung inoffizieller Zahlungen ist nicht berücksichtigt); es konnten keine systematischen Differenzen für ganz Europa ausgemacht werden. Aufgrund der wachsenden Budgetlast für Gesundheitsausgaben in den vergangenen Jahren haben zahlreiche Staaten Selbstbeteiligungs- und Zuzahlungssysteme eingeführt bzw. ausgebaut, mit dem Ziel, unnötige Nachfrage nach Gesundheitsversorgung zu reduzieren (Thomson / Mossialos, 2004). "NutzerInnengebühren" sind besonders bei Arzneimitteln üblich, aber auch bei der Sekundär- und mitunter auch der Primärversorgung. Die Beweggründe für die Einführung von NutzerInnengebühren sind zweifacher Art:

- Reduzierung der übermäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und folglich eine Effizienzsteigerung und die Eindämmung des Kostenanstiegs bei Gesundheitsausgaben
- Ressourcensteigerung

In Übereinstimmung mit der neoklassischen Wirtschaftstheorie übersteigt die Nachfrage nach Gesundheitsdiensten das Niveau der Pareto-Effizienz, sobald die Kosten von der Versicherung lückenlos abgedeckt sind ("Moral Hazard-Argument" von der gesteigerten Leistungsnachfrage dank Versicherungsschutz). Dies hängt damit zusammen, dass die PatientInnen sich der wahren Kosten der beanspruchten Gesundheitsdienste nicht bewusst sind und ihre Nachfrage größer ist als ihr tatsächlicher Bedarf. Mit der Einführung von Preissignalen (NutzerInnengebühren) sollen die BeansprucherInnen ihre Nachfrage nach unnötigen Diensten, die den PatientInnen wenig Nutzen bringen oder gar schädlich sind, einschränken; dies wirkt sich günstig auf die Mikro- (wirksamere Versorgung) und Makroeffizienz (Kosteneinsparung) aus.

Der Markt der Gesundheitsversorgung widerspricht jedoch beinahe in jeder Hinsicht dem Prinzip eines perfekten Marktes (perfekte Information; große Anzahl kleiner HerstellerInnen und VerbraucherInnen, sodass die Marktmacht bei Letzteren liegt; Waren und Dienstleistungen sind perfekte Substitutionen; Unternehmen können nach Belieben in den Markt eintreten bzw. den Markt verlassen; und die NachfragerInnen streben den maximalen Nutzen an, während die ProduzentInnen maximale Gewinne anstreben). Aus diesem Grund kann es vorkommen, dass die Mikro- und Makroeffizienz mit der Einführung von Kostenbeteiligungen auf dem Gesundheitsmarkt nicht erreicht wird. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Kostenbeteiligungsmodellen stammen aus den USA, wo eine randomisierte, kontrollierte Studie ("RAND-Experiment") durchgeführt wurde; hingegen beruht das wenige Forschungsmaterial aus Europa hauptsächlich auf Beobachtungen.

Die belgischen Haushalte geben im Durchschnitt 8 % ihres Budgets für Gesundheitsversorgung aus, unter den Ältesten und Ärmsten liegt der Anteil jedoch bei 15 %, gegenüber 4 % unter den reichsten Haushalten. Laut der selben Studie gaben 29 % der Befragten an, die finanzielle Belastung für bar zu begleichende Gesundheitsleistungen nur mit Mühe tragen zu können; allerdings machten unter den Haushalten der niedrigsten Einkommensgruppen 68 % diese Aussage, gegenüber nur 7 % in der höchsten Einkommensgruppe (Loucky et al. 2001). Die finanzielle Belastung durch medizinische Versorgung ist für sozial und wirtschaftlich benachteiligte Menschen eine zunehmende Sorge. Es ist eindeutig erwiesen, dass "die Verfügbarkeit guter medizinischer Betreuung der Bevölkerung im umgekehrten Verhältnis zur Bedarfslage steht" (Hart, 1971).

In Frankreich standen Ende der 1990-er 15 % der Bevölkerung vor Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung (Couffinhal / Paris, 2003). Seit Einführung der Pflichtkrankenversicherung für GeringverdienerInnen (CMU) im Jahr 2000 hat sich die Lage verbessert, wenngleich 2003 noch 11 % der Bevölkerung angaben, wegen der Kosten auf eine Krankenversorgung verzichtet zu haben (Auvray / Doussin / Le Fur, 2003).

In Polen förderten mehrere Studien zu Tage, dass 40 % der Bevölkerung 2003 für Gesundheitsversorgung aus der eigenen Tasche aufkommen mussten (Czapinski / Panek, 2004) und dass der Anteil der selbst bezahlten Leistungen bei stationären Behandlungen auf 0,9 % und bei Arzneimitteln auf 70 % anstieg, während bei der Zahnpflege ein Rückgang zu verzeichnen war. Und trotz Schwankungen zwischen 2000 und 2003 wurden Zahlungen, für die selbst aufzukommen ist, von mehr als 1/4 der Bevölkerung als Hürde im Zugang zu Gesundheitsdiensten wahrgenommen; 60 % der Haushalte, in denen nicht genügend Geld für die verschriebenen Medikamente vorhanden war, sahen von deren Kauf ab.

An die 250.000 SchwedInnen können sich Medikamente nur schwer leisten (Whitehead / Dahigren, 2006), und in der Tat verzichteten 60 % der Menschen mit wirtschaftlichen Problemen auf verschriebene Arzneimittel. Darüber hinaus nahmen 28 % der unter schlechten sozioökonomischen Verhältnissen lebenden Individuen trotz Bedarfs keine medizinische Fürsorge in Anspruch – unter Menschen in stabilen wirtschaftlichen Verhältnissen trifft dies nur auf 10 % zu.

Deutschland führte 2004 eine Praxisgebühr von 10 € bei der erstmaligen Inanspruchnahme behandelnder Ärztinnen und Ärzte oder von Zahnärztinnen und Zahnärzten ein. Laut jüngsten Ergebnissen führte dies zu einem Rückgang der Arztbesuche, wobei jedoch noch keine Anhaltspunkte bezüglich des Anteils der unnötigen Besuche und der Auswirkungen auf Menschen in unteren sozioökonomischen Verhältnissen vorliegen (Grabka / Schreyogg / Busse, 2005; Zok, 2005). FEANTSA (2006) legte unterdessen eine Bewertung dieser Reform hinsichtlich der Auswirkungen auf Obdachlose vor (sie müssen seit 2004 die 10€-Gebühr pro Quartal für den Arztbesuch leisten, zusätzlich zum Selbstbehalt für Medikamente, Heilmittel und Heilbehelfe). Über die Hälfte der Einrichtungen für Wohnungslosenhilfe hätten angegeben, dass sich der Gesundheitsstatus Obdachloser seit Einführung der Reform verschlechtert habe. Darüber hinaus berichteten 82 % der Einrichtungen von einer gestiegenen Nachfrage nach Beratungs- und Betreuungsleistungen; 62 % hatten den KlientInnen eine finanzielle Unterstützung (Spenden) zukommen lassen, um ihnen die Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung zu ermöglichen – eine Vorgehensweise, die langfristig nicht haltbar ist.

Daneben liegen Erkenntnisse aus den Niederlanden vor, denen zufolge die Einnahmensteigerungen aus den Zuzahlungen nicht ausreichten, um den Mehrkostenaufwand für die Verwaltung auszugleichen – das Konzept wurde schließlich fallen gelassen (Kasje et al. 2002). In Finnland gilt zwar eine Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (€ 11 für einen Besuch bei der / beim AllgemeinmedizinerIn), doch sehen einige Großstädte von der Einhebung der Gebühren aufgrund zu hoher Verwaltungskosten ab¹.

¹ Mervi Kattelus, Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit, Finnland.

In einem Bericht der WHO Europa aus dem Jahr 2005 wird betont, dass in MOE-Ländern und der GUS finanzielle Hürden das größte Hindernis im Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung darstellen und dass sich die Situation seit Beginn der 1990-er verschlechtert hat (Walters/Suhrcke, 2005).

Obwohl in allen Ländern Mechanismen zum Schutz der am stärksten benachteiligten Gruppen vorhanden sind, stellen Kostenbeteiligungen, aus Eigenmitteln zu bezahlende Dienstleistungen, aber auch inoffizielle Zahlungen eine finanzielle Barriere für den Zugang zu Gesundheitsversorgung und eine schwere Belastung für Ältere und Ärmere dar. *"Die Beurteilungen sprechen zwar davon, dass diese aus eigenen Mitteln aufgebracht Zahlungen insgesamt niedrig sind – das bedeutet jedoch nicht, dass alles zum Besten steht. Dass diese Zahl so niedrig liegt, könnte darauf zurückzuführen sein, dass ärmere Gruppen die Dienste aufgrund der Kosten überhaupt nicht beanspruchen können."* (Whitehead / Dahigren, 2006: 68). Darüber hinaus ist nicht geklärt, ob dieses Zuzahlungsmodell neben der Drosselung der Versorgungsnachfrage sich auch durch Effizienz und Gerechtigkeit auszeichnet. Das RAND-Experiment machte nicht nur deutlich, dass die Einführung von Selbstbeteiligungen eine Reduktion unangebrachter Dienste bewirkte, sondern auch, dass die Inanspruchnahme von Notdiensten durch Menschen aus den unteren sozioökonomischen Gruppen zunahm. Und wie aus einem Versuch in den Niederlanden hervorgeht, ist Selbstbeteiligung nicht wirksam, wenn sie in der Sekundärversorgung als "Gatekeeper" eingesetzt wird, da die PatientInnen oft keine Kontrolle über Nachbehandlungen haben, welche mitunter mehr kosten, als sie bewirken (Louckx, 2002).

1.2.2. Geografische Barrieren

Die Verfügbarkeit von Gesundheitsversorgung ist eine Grundvoraussetzung für die Herstellung eines gleichberechtigten Zugangs für die gesamte Bevölkerung. Es gibt keine eindeutigen Muster zwischen westeuropäischen und MOE-Ländern, was die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten je 100.000 EinwohnerInnen betrifft. Die Anzahl der Krankenhäuser je 100.000 EinwohnerInnen reicht von 0,9 in Schweden bis zu 16,7 in Zypern; die der Krankenhausbetten von 255 in der Türkei bis 892 in Deutschland (Eurostat-Daten, 2006). Die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten ist in den neuen Mitgliedstaaten höher als in den EU-15, was mit den Quellen übereinstimmt, die auf eine Überversorgung mit Gesundheitsressourcen in dieser Region hinweisen.

Die Wahrscheinlichkeit der stationären Aufnahme weist unter den OECD-Ländern starke Schwankungen auf; in Europa reicht sie von 5 % in Griechenland bis 14 % in Österreich (Van Doorslaer et al. 2004). Die Verteilungsmuster sind unterschiedlich, was die Anzahl der Krankenhaustage betrifft; zu den europäischen Ländern mit den durchschnittlich wenigsten Krankenhaustagen gehören Portugal (0,63) und Griechenland (0,66), die Länder mit den meisten sind Ungarn (2,5) und Österreich (2,01).

Es bestehen starke länderspezifische Unterschiede, was die Arztbesuchsraten anbelangt (Van Doorslaer et al. 2004). Im Gesamtdurchschnitt suchten über 70 % der Erwachsenenbevölkerung im letzten Jahr eineN Ärztin/Arzt auf (Griechenland: 63 %). Die Abweichungen sind bedeutend größer, was den Besuch bei FachärztInnen betrifft. Die Rate reicht hier von 20 % in Irland oder 30 % in Dänemark und Norwegen bis hin zu 60 % in Österreich und Frankreich. In den Ländern mit hoher

Beanspruchung wie Deutschland, Ungarn, Frankreich, Belgien und Österreich sind 7-8 Arztbesuche pro Jahr zu verzeichnen – das sind doppelt so viele wie in Finnland, der Schweiz oder Dänemark. Diese Länderunterschiede in der Nutzungsquote stehen in keinem Zusammenhang mit dem EinwohnerInnen-ÄrztInnen-Verhältnis. Unterschiede in der Entgeltungsform sowie kulturelle Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Beratung könnten für diese Abweichungen indes mitverantwortlich sein.

Neben dem begrenzten Angebot an Versorgungsressourcen stellt auch die geografische Distanz zum Krankenhaus eine mögliche Barriere für die Verwirklichung des Ziels eines universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung dar. In der EU-15 leben über 50 % der BürgerInnen in der Nähe eines Krankenhauses (Entfernung lässt sich entweder im Auto, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder zu Fuß in weniger als 20 Minuten zurücklegen). In den neuen Mitgliedstaaten ist der Anteil etwas niedriger, wo 38 % der BürgerInnen leicht Zugang zu Krankenhäusern haben (Alber / Kohler 2004). Die BürgerInnen der EU-15 legen die Strecke zum Krankenhaus eher mit dem Wagen oder öffentlichen Verkehrsmitteln zurück, wohingegen es in den neuen Mitgliedstaaten und drei Kandidatenländern eher üblich ist, zu Fuß zu gehen.

Ein einfacher Zugang zur Grundversorgung ist in den EU-15 für 85 % der BürgerInnen gewährleistet, jedoch nur für 62 % der BürgerInnen in den neuen Mitgliedstaaten und den Bewerberländern. Die einzigen Länder der EU-15, in denen über 30 % der Befragten mehr als 20 Minuten bis zu einer Primärversorgungseinrichtung zurücklegen müssen, sind Portugal und Spanien. Unter den neuen Mitgliedstaaten und den drei Kandidatenländern sind die Länder mit dem geringsten Anteil an BürgerInnen mit einem einfachen Zugang (< 40 %) Estland, die Türkei, Litauen und Lettland (Alber/Kohler 2004).

Für den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung darf die Nähe zum Krankenhaus oder zur primären Versorgung nicht von individuellen sozioökonomischen Merkmalen wie Einkommen und Wirtschaftsaktivität abhängen. Jedoch ist es in einigen Ländern der EU-15 sowie in nahezu allen neuen Mitgliedstaaten und den drei Bewerberländern so, dass für besser verdienende Menschen der Krankenhauszugang leichter ist (Alber/Kohler 2004). In den EU-15 beträgt das Zugänglichkeitsgefälle zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensquintile in Belgien, Frankreich, Italien, Portugal und Großbritannien mehr als 20 %; unter den neuen Mitgliedstaaten weisen nur die Tschechische Republik, Slowenien, Estland, Litauen und Lettland eine Differenz von weniger als 20 % auf – in Ungarn und der Slowakei liegt sie sogar über 30 %. Arbeitslose und Menschen im Ruhestand haben es im Durchschnitt schwerer als Erwerbstätige, ein Krankenhaus zu erreichen; dies gilt für alle Länder Europas, wenngleich der Unterschied in den neuen Mitgliedstaaten und drei Kandidatenländern stärker ausgeprägt ist (Alber/Kohler 2004).

Was die Nähe zu einer allgemeinärztlichen Praxis betrifft, ist das einkommensbezogene Gefälle in allen Ländern schwächer. Die durchschnittliche Differenz zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensquintile beträgt in den EU-15 2,7 % und in den neuen Mitgliedstaaten 11,9 %; allerdings ist unter den Ländern der EU-15 eine starke Heterogenität zu beobachten (Mossialos et al, 2005). Menschen mit niedrigerem Einkommen genießen in Österreich einen deutlich leichteren Zugang (17,9 % Unterschied zugunsten unterer Einkommensgruppen), während auf Griechenland (14,9 %), Finnland (14,4 %), Belgien (13,4 %) und Großbritannien (12,3 %) das Gegenteil zutrifft. Menschen mit höheren Einkommen leben in den neuen Mitgliedstaaten und den drei Bewerberländern in kürzerer Entfernung zu einer/einem Ärztin/Arzt, insbesondere in Zypern (21,2 %), Ungarn (15,5 %),

der Slowakei (14,6 %) und Polen (12,9 %). Arbeitslosigkeit scheint bezüglich größerer Schwierigkeiten im Zugang zu einer allgemeinmedizinischen Praxis nicht ins Gewicht zu fallen; andererseits haben in fast allen europäischen Ländern Erwerbstätige im Durchschnitt einen leichteren Zugang zu einer/einem Ärztin/Arzt als Pensionierte. Die Kluft ist in den neuen Mitgliedstaaten tendenziell größer, doch sind die Unterschiede fast überall beträchtlich (Alber / Kohler 2004).

1.2.3. Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung – Ergebnisse der OECD-Studie

Die Finanzierung der Gesundheitsdienste erfolgt in den europäischen Ländern überwiegend aus staatlichen Quellen. Es gilt das Gleichheitsprinzip, d. h. Gesundheitsversorgung wird nach Bedürftigkeit gewährt, und nicht auf Basis der Bereitschaft oder des Vermögens, für die Dienste aufzukommen. Dessen ungeachtet weisen die Merkmale der einzelnen Gesundheitssysteme deutliche Unterschiede auf. Die zunehmende Spannung zwischen Leistbarkeit und Gleichberechtigung führte in vielen Ländern zu einer Neuausrichtung der öffentlichen und privaten Säulen und zu Reformen zur Verbesserung der Effizienz, bei gleichzeitiger Wahrung des Gleichheitsgrundsatzes.

1999 wurden in Estland sozioökonomische Ungleichheiten in der Nutzung medizinischer Versorgung geortet (Habicht / Kunst 2005). Menschen in ländlichen Gegenden suchen eher eine allgemeinmedizinische Praxis auf oder nehmen telefonische Konsultationen in Anspruch, während Fachärztinnen und -ärzte weniger beansprucht werden. Bei allen Gesundheitsdiensten – mit Ausnahme der Krankenhauspflege – weisen Frauen eine stärkere Beanspruchung auf als Männer. Bildung, Einkommen und Wirtschaftstätigkeit erwiesen sich als wichtige Determinanten für das Inanspruchnahmeverhalten, selbst unter Berücksichtigung der Gesundheitsbedürfnisse. Menschen mit höherem sozioökonomischem Status beanspruchen eher alle Dienste, ausgenommen Krankenhäuser.

Die OECD-Studie zur Gleichheit im Gesundheitswesen (Van Doorslaer et al. 2004) zeigt auf, dass in nahezu allen OECD-Ländern² geringverdienende Gruppen ärztliche Dienste intensiver in Anspruch nehmen als BesserverdienerInnen (ohne Berichtigung um Bedarfsunterschiede). Aus der Aufschlüsselung nach Konsultationen bei Allgemein- und FachärztInnen ergibt sich jedoch, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme einer allgemeinmedizinischen Betreuung insgesamt mehr oder weniger gleich auf alle Einkommen verteilt ist; Ausnahmen sind in Finnland und Portugal (Reiche begünstigt) sowie Griechenland, Spanien und Deutschland (Ärmere begünstigt – kein "Gatekeeping") festzustellen. Was die Inanspruchnahme von FachärztInnen anbelangt, ergibt sich ein ganz anderes Bild. In allen Ländern suchen Bessergestellte deutlich häufiger eine fachärztliche Praxis auf, wenngleich das Phänomen je nach Land unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

² Die Untersuchung nimmt eine Einschätzung der Ungleichheits- und Benachteiligungsverteilung bezüglich der Arztkontakte insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach AllgemeinärztInnen, FachärztInnen, Krankenhauspflege und ZahnärztInnen in 21 OECD-Ländern vor: Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Kanada, Mexiko, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien, Ungarn und USA.

Andererseits werden Menschen am unteren Ende der Einkommensskala in nahezu allen OECD-Ländern häufiger stationär aufgenommen und beanspruchen mehr Krankenhaustage; nach Berücksichtigung der Bedarfsunterschiede ist diese Feststellung jedoch zu nuancieren.

Nach Bereinigung der Bedarfsunterschiede der Bevölkerung stellt sich allerdings heraus, dass Angehörige wohlhabender Gruppen mit höherer Wahrscheinlichkeit medizinische Betreuung in Anspruch nehmen; davon ausgenommen sind Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Österreich, Spanien und Ungarn (Van Doorslaer et al, 2004). Das Ausmaß des einkommensbezogenen Ungleichverhältnisses hinsichtlich der Gesamtanzahl der Arztbesuche scheint weniger stark zugunsten der Reichen auszuschlagen, als wenn die Wahrscheinlichkeit der Arztbesuche betrachtet wird.

Was die allgemeinärztliche Betreuung angeht, fällt die um Bedarfsunterschiede berichtigte Verteilung in zehn Ländern eindeutig zugunsten der Ärmere und in Finnland zugunsten der Reichen aus. Insofern verteilt sich die Wahrscheinlichkeit von Allgemeinartzkonsultationen auf alle Einkommen mehr oder weniger gleich; allerdings zeigt sich, dass Ärmere, die erst einmal eine Ärztin / einen Arzt aufsuchen, dies häufiger tun.

Auf der anderen Seite gehen in allen Ländern Reichere eher zu FachärztInnen als Ärmere (nach Berücksichtigung der Bedarfsunterschiede); dies gilt insbesondere für Länder wie Finnland, Portugal, Irland, Italien und Spanien, wo die Möglichkeit zur Inanspruchnahme privater Pflegeeinrichtungen geboten wird. Ein Ungleichgewicht zugunsten Wohlhabender im Zusammenhang mit Fachartzkonsultationen wurde jedoch auch in Ländern ohne derartige Privatoptionen beobachtet, wo jedoch zunächst der Weg zur/zum Allgemeinärztin/Allgemeinarzt verpflichtend ist ("Gatekeeper"-Funktion; Dänemark, Norwegen, Schweden und in geringerem Maße die Niederlande und Großbritannien). Das Ungleichverhältnis fällt noch stärker zugunsten der Wohlhabenden aus, wenn die Gesamtanzahl der Fachartzkonsultationen betrachtet wird: Die an Bedingungen geknüpfte Inanspruchnahme verstärkt jene Muster, die im Zusammenhang mit der ungleichen Wahrscheinlichkeitsverteilung Reichere ohnedies schon begünstigen, noch weiter. In fast allen Ländern mit Ausnahme Norwegens, der Niederlande und Großbritanniens fallen die Verteilungen deutlich zugunsten der höheren Einkommensgruppen aus.

In der Mehrheit der Länder sind keine Ungleichheiten in der stationären Behandlung festzustellen, weder, was die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme, noch was die Anzahl der Krankenhaustage betrifft. Signifikante Unterschiede wurden nur in Ländern mit großen Stichprobenmengen ermittelt. In Mexiko und Portugal besteht für BesserverdienerInnen eine höhere Chance auf Aufnahme in stationäre Behandlung. Ein Ungleichgewicht zugunsten Ärmere besteht hingegen in Australien, Kanada, der Schweiz und den USA (Van Doorslaer et al. 2004). Messungen bezüglich der Krankenhausbeanspruchung gestalten sich in diesen Berichten mitunter aufgrund der Schiefe der Verteilung (d. h. viele Menschen gehen nicht ins Krankenhaus) und der diffizilen Ausweisung der Dauer von Krankenhausaufenthalten aus den verfügbaren Daten schwierig.

1.3 Themenstellung

Gesundheitsfürsorge ist ein grundlegender Bestandteil des Sozialschutzsystems. Ohne Gesundheitsfürsorge wären die Gesundheitskosten für die Mehrheit der Bevölkerung – insbesondere Menschen mit chronischen und Infektionskrankheiten – schlichtweg fatal. Vorsorgemedizin und

gesundheitliche Betreuung sind wesentlich, um die Entfaltung der Individuen zu garantieren. Im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung einigten sich die EU-Mitgliedstaaten, sich mit drei Zielsetzungen zu befassen:

- universeller Zugang;
- hochwertige Dienstleistungen;
- Nachhaltigkeit.

Dies steht im Rahmen der Arbeit des Ausschusses für Sozialschutz. Die Kommission regt ferner an, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich in der neuen Gesundheitsstrategie der EU ein besonderes Augenmerk zu schenken.

In mehrfacher Hinsicht sind diese Ziele in der Umsetzung begriffen. Alle Mitgliedstaaten trachten nach der Bereitstellung von Systemen, die einen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle bieten, unabhängig von der sozialen Stellung. Dennoch sind nahezu auf ganz Europa verstreute Ungleichheiten festzustellen, sowohl bezüglich des Zugangs zum Gesundheitswesen, als auch beim Gesundheitszustand der Bevölkerung. Von einer schlechten Gesundheit betroffen sind vorwiegend Menschen mit geringerer Bildung und schlecht bezahlten Arbeitsplätzen und solche, die in ärmeren Landesteilen wohnen oder durch Faktoren wie die ethnische Zugehörigkeit oder Behinderungen eine Benachteiligung erfahren. Außerdem gibt es Beispiele, wo Menschen eine benötigte Pflege nicht beanspruchen können, da nur ungenügender Zugang besteht, oder weil sie nicht in der Lage sind, dem System beizutreten oder die finanziellen Mittel für das System aufzubringen.

Darüber hinaus haben alle Ländern mit Problemen der Bestandssicherung zu kämpfen. Die Einsatz immer neuerer Technologien und die Bevölkerungsalterung setzen das Gesundheitsbudgets unter immer stärkeren Druck. NutzerInnengebühren und Privatversicherungen werden oft als Ausweg erachtet, um eine bessere Kostenkontrolle zu erreichen und die Nachfrage nach unnötigen Gesundheitsdiensten zu reduzieren. Es ist jedoch erwiesen, dass diese Instrumente die Zielgruppen nicht erreichen und sich für die Ärmern stärker auswirken als die Reicheren.

Die ungarische Regierung ist im Begriff, neue ehrgeizige Gesundheitsreformen umzusetzen, die möglicherweise zu einer Umgestaltung des gesamten Gesundheitssystems führen. Ziel ist es, den universellen Zugang zu verbessern, den Zugang zu hochwertigen Diensten zu fördern und eine langfristige Bestandsfähigkeit zu garantieren. Diese erste, von Ungarn veranstaltete Peer Review zum Gesundheitswesen hatte sich deshalb drei Hauptziele gesetzt:

- Vertiefung des Einblicks in Politikmaßnahmen, die sowohl die Effizienz als auch die Gleichberechtigung verbessern können
- Nützliche Rückmeldungen für das Gastgeberland Ungarn zu geben
- Ermittlung gemeinsamer Konzepte, die in weiterer Folge dem Ausschuss für Sozialschutz übermittelt werden können – dies würde einen Beitrag zu einer europäischen Betrachtungsweise des Zugangs zu Gesundheit und der Eindämmung gesundheitlicher Benachteiligungen leisten.

2. Die nationale Gesundheitsstrategie Ungarns

Der Gesundheitszustand der UngarInnen ist schlechter als der EU-Durchschnitt. Die Lebenserwartung und die Aussicht auf ein Leben bei guter Gesundheit bleiben weit hinter dem EU-Durchschnitt zurück. 2004 belief sich die Lücke bei der Lebenserwartung bei der Geburt auf 7 Jahre bei Männern bzw. auf 5 Jahre bei Frauen; die Abweichung war noch stärker, was die Aussicht auf ein Leben bei guter Gesundheit angeht. Die Verteilung der Todesursachen ist ähnlich wie in anderen entwickelten Ländern, jedoch ist die Häufigkeit der einzelnen Krankheiten höher – und die UngarInnen sterben jünger. 2003 gingen 51 % der Gesamtsterberate auf das Konto von kardiovaskulären Erkrankungen, 25 % auf das bösartiger Tumore und 7 % auf das von Erkrankungen des Verdauungssystems, Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Todesursachen.

Kardiovaskuläre Krankheiten (Herz-Kreislaferkrankungen) wurden immer wieder als hauptverantwortlich für den Anstieg und das darauffolgende Absinken der Erwachsenensterblichkeit ins Treffen geführt (Mesle' 2002; McKee / Shkolnikov 2001; Zatonski / Boye 1996); zudem gelten sie als maßgeblicher Faktor hinsichtlich der Diskrepanzen in den Gesundheitsindikatoren zwischen Ost- und Westeuropa (Powles et al. 2005). Die nach den kardiovaskulären Krankheiten häufigste Todesursache in der EU war 2002 Lungenkrebs – somit liegt eine wichtige gesundheitspolitische Herausforderung in diesem Bereich. Ungarn weist im europäischen Vergleich bei kardiovaskulären Krankheiten, Krebserkrankungen (v. a. die Lungenkrebsrate – doppelt so hoch wie im EU-Durchschnitt) und Erkrankungen des Verdauungssystems eine der höchsten Raten auf. Die maßgeblichen Ursachenfaktoren für Lungenkrebs sind die Höhe des tägliche Zigarettenkonsums, die Inhalationsstärke und das Alter, in dem mit dem Rauchen begonnen wird (Tyczynski et al. 2002; Didkowska et al. 2005). Das relative Lungenkrebsrisiko ist für RaucherInnen 20-30 Mal höher als für NichtraucherInnen. Jährlich sterben an die 28.000 Menschen an den Folgen des Zigarettenkonsums (ungarischer Bericht). Auch beim Alkoholkonsum und bei Obesität/Übergewicht ist die Rate sehr hoch; Drogenabhängigkeit unter Jugendlichen und die Bevölkerungsalterung sind weitere große neue Herausforderungen. Darüber hinaus bestehen auch innerhalb des Landes starke Unterschiede bei der Morbiditäts- und Mortalitätsrate, und zwar zwischen den Regionen sowie zwischen ländlichen und städtischen Gebieten.

Die Grundlage des heutigen Gesundheitssystems Ungarns reicht in die 1980-er zurück, wengleich in den 1990-ern mehrfach Bemühungen zur Neugestaltung des Systems unternommen wurden. KäuferInnen und AnbieterInnen sind heute getrennt, und das System fußt im Wesentlichen auf dem Modell der sozialen Krankenversicherungen, das aus ArbeitnehmerInnen- und ArbeitgeberInnenbeiträgen finanziert wird, wengleich es in Ungarn auch eine separate, aus zwei Teilen bestehende Gesundheitssteuer gibt. Die Nationale Krankenkassenverwaltung tritt als alleinige Käuferin auf und schließt Verträge mit AnbieterInnen von Gesundheitsdiensten ab, die auf der Grundlage verschiedener Zahlungsmodalitäten abgegolten werden (Kopfpauschale bei allgemeinärztlicher Behandlung; Punkteschema für Einzelleistungsgebühren in fachärztlichen Ambulatorien; DRGs für Akutbehandlungen; PatientInnentage für die chronische stationäre Behandlung). Die Ärztinnen/Ärzte und das Gesundheitspersonal stehen überwiegend in einem öffentlichen Beschäftigungsverhältnis und gehören zu den am schlechtesten entlohnten freien

Berufen in Ungarn. Das System ist in hohem Maße dezentralisiert; die lokalen Gebietskörperschaften sind für die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung für die örtliche Bevölkerung zuständig, wobei sie dafür PrivatanbieterInnen unter Vertrag nehmen können.

Das ungarische Gesundheitssystem unterzieht sich gegenwärtig groß angelegten Strukturreformen. Ziel dieser Reformen ist es nicht nur, eine adäquate Antwort auf neue gesundheitspolitische Herausforderungen (u. a. Bevölkerungsalterung) zu liefern und mit der Entwicklung in der Medizintechnik Schritt zu halten, sondern auch seit langem bestehende Probleme wie die Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Ressourcenallokation innerhalb des Landes oder auch die Verschwendung, die inoffiziellen Zahlungen u. dgl. einer Lösung zuzuführen. Die ersten Reformelemente setzten im August 2005 unter der vorangegangenen Regierung ein; noch im selben Jahr wurden die ersten "21 Schritte" umgesetzt, mit denen kurz- und langfristige Maßnahmen auf folgenden Gebieten verwirklicht werden sollten:

- Notfallversorgung
- Nationales Gesundheitsprogramm für Säuglinge und Kinder
- Nationales Krebskontrollprogramm
- Hausarztdiensten und Fachambulanzen
- Gesundheitliche Benachteiligungen
- Bereitstellung der erforderlichen Mittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens
- Konsolidierung des Versicherungsgrundsatzes
- Arzneimittelmarkt.

Die neue Regierung (Juni 2006) knüpft an diese Linie an und geht noch einige Schritte weiter, mit dem Ziel, ein weitaus wirksameres und gerechtes System zu schaffen, das für alle – ohne inoffizielle Zahlungen – eine Vorsorge- und Heilmedizin mit hohen Qualitätsstandards und hoher Kostenwirksamkeit gewährleistet. Es wird ein verstärktes Augenmerk auf den Versicherungsgrundsatz und die Rolle der Einzelnen gelegt.

Das derzeitige System steht tatsächlich unter erheblichem Druck, da einer übermäßigen Nachfrage auf der einen Seite ein Ressourcendefizit gegenübersteht (die Erwerbsquote ist im Vergleich zu anderen Ländern niedrig, und viele Menschen haben aufgrund schwerwiegender Gesundheitsprobleme Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente). Schätzungen zufolge leisten an die 12 % der versorgungsberechtigten UngarInnen keine Krankenkassenbeiträge. Mit der Einführung einer "Pflichtsolidarität" sollte die Krankenkassenverwaltung in der Lage sein, die Beiträge und Dienstbereitstellungen ab April 2007 zu überwachen; damit wird es möglich sein, die Versorgung für jene, die ihrer Beitragspflicht nicht nachkommen, auf ein Minimum zu beschränken. Zusätzlich wurde im Februar 2007 ein Zuzahlungsmodell eingeführt, um die unnötige Nachfrage nach Gesundheitsdiensten zu drosseln. Die wichtigsten Maßnahmen im Überblick:

- Verpflichtende Überweisung für die Inanspruchnahme höherer Betreuungsstufen.
- Abbau von Akutbetreuungs Kapazitäten in Krankenhäusern zugunsten von Kapazitäten in den Bereichen chronische und ambulante Betreuung, Krankenpflege und Rehabilitation.

- Integration der Langzeitpflege. Derzeit ist der Bereich der Langzeitpflege auf das Gesundheits- und das Sozialministerium aufgeteilt. Dadurch entstehen einerseits überlappende Funktionen und andererseits Kompetenzlücken.
- Einführung des AnbieterInnenwettbewerbs für Sozialversicherungskassen. Im neuen System kauft die nationale Krankenkassenverwaltung keine unnötigen Dienstleistungen mehr.
- Einführung von Selbsthalten bei Arztbesuchen und Diagnosetests.
- Schaffung eines gesetzlichen und finanziellen Rahmens für AnbieterInnen (z. B. Krankenhäuser) zur Sicherstellung einer transparenten Rechnungsführung (Ausweisung von Gewinnen/Verlusten). Die AnbieterInnen können gewinnorientiert arbeiten, außerdem werden neue Beschäftigungsmodelle eingeführt, um eine stärkere Entlohnungsflexibilität zu erlauben.
- Die Koordinierung der medizinischen Grundversorgung wird auch auf Distriktsebene möglich.
- Neuorganisation des Arzneimittelektors (Modell der Medikamentenerstattung, Verschreibungsgewohnheiten, Preiskalkulation in der Rückerstattung und Selbstbeteiligungen).
- Verstärkung des Überwachungssystems, Ausbau des Fakturierungs- und IT-Systems.
- Einführung von Finanzierungsprotokollen (Technologiebewertung), mit dem Ziel, die Bereitstellung und Beanspruchung von Diensten zu rationalisieren).
- Einrichtung eines Krankenversicherungs-Aufsichtsorgans.

Die geographischen Differenzen sind gewaltig, nicht nur bezüglich des Gesundheitszustandes, sondern auch in der Dienstbereitstellung. Zur Eindämmung dieser Ungleichheiten wird mit den neuen Reformen sichergestellt, dass für alle eine Versorgung durch eine Krankenanstalt (Umkreis von 50 km), ein allgemeines Krankenhaus (Umkreis von 30 km), eine ambulante Klinik (Umkreis von 20 km) und einen Krankenwagendienst (Umkreis von 15 km) gegeben ist. Die großen Krankenhauszentren spielen eine wichtige Rolle, da sich eindeutig gezeigt hat, dass sie bessere Versorgungsergebnisse bringen.

Anpassungen der Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern sind erforderlich. Ungarn weist derzeit in ganz Europa die längste Dauer von Krankenhausaufenthalten auf und verfügt über eine Bettenkapazität von 80.000, darunter 60.000 für die Akutversorgung. Die Neuerungen peilen eine Senkung der Bettenzahl im Akutbereich auf 40.000 an, bei gleichzeitiger Aufstockung der Bettenkapazitäten im Bereich der Langzeitpflege. Derzeit liegt die Verantwortung für die Versorgung mit und die Organisation der Langzeitpflege bei lokalen Gebietskörperschaften, wobei beträchtliche Unterschiede zwischen den Regionen bestehen und die Bedarfssituation in der Bevölkerung unberücksichtigt bleibt. Die neue Reform zielt auf eine Verminderung der geografischen Ungleichheiten im Zugang und die Gewährleistung einer einheitlichen Mindestversorgung ab, bei gleichzeitiger Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit.

Ein wichtiger Punkt der ungarischen Gesundheitsagenda ist die Entscheidung über das zukünftige Krankenversicherungsmodell. Diese Entscheidung wird im Frühjahr 2007 getroffen. Eine Option ist ein System mit mehreren Versicherungen. Derzeit basiert das Sozialversicherungssystem auf einem einheitlichen nationalen Risikopool, die Finanzierung der Gesundheitsversorgung stammt aus

ArbeitgeberInnen- und ArbeitnehmerInnenbeiträgen. Jedoch ist aufgrund der Bevölkerungsalterung und der hohen Erwerbsunfähigkeits- und Arbeitslosenraten nur 1/3 der Bevölkerung beitragspflichtig (worunter abermals ca. 12 % ihrer Beitragspflicht nicht nachkommen, s. o.). Daraus erwächst natürlich ein starker Druck auf das Gesundheitsbudget. Um diese Last aufzufangen, wird die neue Regierung Zuzahlungen einführen, um einen negativen Anreiz für die Nachfrage nach unnötigen Diensten zu schaffen (40 % der Bevölkerung werden von den Selbstbeteiligungen befreit sein; außerdem gilt eine Obergrenze von 20 Konsultationen – nach der 20. Konsultation kommt ein Rückerstattungssystem zum Tragen). Daneben wird aber auch eine Änderung des Krankenversicherungsmodells überlegt. Die nationale Krankenkassenverwaltung wird nicht gezwungen sein, unnötige und unwirksame Dienste zu erwerben und kann insbesondere eine qualitätsbasierte Auswahl unter mehreren AnbieterInnen treffen. Der Markteintritt für andere Krankenversicherungen wird zugelassen, wodurch eine Wettbewerbssituation entstehen soll. Der AnbieterInnenwettbewerb besteht zwar bereits, jedoch nur begrenzt. Es sind nämlich die lokalen Gebietskörperschaften, die mit der Bereitstellung der Versorgung betraut sind und Dienste örtlicher AnbieterInnen in Anspruch nehmen.

2.1 Produktionseffizienz: Kassenwettbewerb oder Versorgungskoordination?

Das Gesundheitssystem verfolgt das Ziel, sowohl Gleichberechtigung als auch Effizienz herzustellen, wobei ein Konflikt zwischen beiden Zielen nicht von der Hand zu weisen ist. So ist eine wirksame Verteilung nicht unbedingt gerecht, und umgekehrt. Diskrepanzen zwischen liberalen und egalitären Standpunkten zur Gleichberechtigung resultieren unmittelbar aus dem Kompromiss zwischen Gleichberechtigung und Effizienz. Der liberale Ansatz befürwortet ein "privates" System, in dem das Zugangsniveau von der Bereitschaft und dem Vermögen, für das System aufzukommen, abhängig ist. Demgegenüber treten die Anhänger des egalitären Grundsatzes für ein öffentlich finanziertes System ein, das gleiche Zugangschancen im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit bietet, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit (Williams 1993). In den Ländern Europas wird die Gesundheitsversorgung von einer Mischung verschiedener Systeme wahrgenommen, wenngleich das Egalitätsprinzip vorherrschend zu sein scheint. Gleichberechtigung ist ein wichtiges Politikziel europäischer Länder. In der Tat sind fast überall sowohl der Zugang zu also auch der Erhalt von Gesundheitsversorgung bedarfsabhängig, und es wird kein Zahlungsvermögen vorausgesetzt. In den letzten Jahren wurden von Regierungen jedoch verschiedene Politikmaßnahmen zur Kosteneindämmung gesetzt, bei denen angesichts des immer stärker werdenden Drucks auf die Gesundheitshaushalte die Effizienzsteigerung einen höheren Stellenwert einnimmt als die Gleichberechtigung. Solange Produktionseffizienz ohne gesundheitliche Beeinträchtigung der Schwächsten und ohne Verringerung ihrer Zahlungskapazität erreicht wird, und solange freie Ressourcen zur Eindämmung der Ungleichheiten im Zugang zu Versorgung eingesetzt werden, kommt es zu keinem Abgleich zwischen Gleichstellungs- und Effizienzkriterien.

Produktionseffizienz ist gegeben, wenn die Herstellung eines Guts zu den niedrigstmöglichen Kosten geschieht, nach Maßgabe der Herstellung der anderen Güter (ökonomisches Prinzip der Produktionsmöglichkeitsgrenze). Um Produktionseffizienz zu erreichen, muss deshalb Ressourcenverschwendung eingedämmt werden; außerdem dürfen unnötige Ressourcen nicht langfristig eingesetzt werden. Tatsächlich ist ein nicht optimaler Einsatz von Ressourcen auf kurze Sicht mitunter notwendig, damit die Organisation interne operative Probleme, externe Veränderungen

wie Nachfrageschwankungen und Kapitalinvestitionen zügig bewältigt. Um weiteren Diskussionen zu diesen Punkten auszuweichen, wollen wir uns im Folgenden auf die Analyse der "reinen Verschwendung" konzentrieren, also den Einsatz unwirksamer oder überholter Technologien, die Bereitstellung unnötiger Dienste und die Bereitstellung von Diensten zu überhöhten Kosten. Unwirksame Technologien, unnötige Dienste und Dienstleistung auf unnötig hoher Ebene (z. B. KrankenhauspatientInnen, die in einer ambulanten Einrichtung versorgt werden könnten) stellen eine reine Verschwendung dar.

Im ungarischen Gesundheitswesen gibt es zahlreiche Anzeichen für eine derartige Unwirtschaftlichkeit. So hat sich im Zusammenhang mit den neuen, in den 1990-ern eingeführten Zahlungsverfahren herausgestellt, dass das Kopfpauschalenmodell in der Grundversorgung einen Anreiz zur Aufrechterhaltung einer hohen Facharztüberweisungsrate bildet. Hinsichtlich der Auswirkung der DRGs auf die Produktionseffizienz im Krankenhausbereich lässt sich feststellen, dass die Aufnahmequoten zwischen 1989 und 2000 gestiegen sind, während die Ausgaben der nationalen Krankenversicherungsverwaltung pro DRG zwischen 1994 und 2000 deutlich gesunken sind. Daneben gibt es auch Belege für unnötige Überweisungen auf höhere Betreuungsstufen. Zwischen 1990 und 2000 nahmen nichtdiagnostische Überweisungen um über 60 % zu, die Krankenhauseinweisungsrate pro 1.000 PatientInnen um beinahe 30 %. Das bedeutet, dass das jetzige Zahlungssystem keinen Anreiz bildet, die PatientInnen auf der niedrigstmöglichen Ebene zu versorgen.

Ein Beleg für die Produktionsineffizienz ist die starke Schwankungsbreite zwischen verschiedenen Regionen Ungarns hinsichtlich der Mandelentfernung (die bereinigte Kenngröße für das Verfahren reicht von 41 % bis 130 %) und der Verschreibung von Diabetesmedikamenten sowie von Antibiotika. Ein anderes Beispiel ist die Kaiserschnittstatistik, die in einigen Landkrankenhäusern zwischen 1999 und 2002 um 40 % angewachsen ist.

Wie erwähnt, strebt das Gesundheitsministerium durch die Einführung von Wettbewerb unter Krankenkassen im ungarischen Gesundheitssystem die Verbesserung der Produktionseffizienz an. Durch den freien Wettbewerb sollen Krankenkassen gefordert sein, für mehr Wirtschaftlichkeit seitens der beauftragten AnbieterInnen zu sorgen und reine Verschwendung einzudämmen. Der Erfolg von Versicherungsgesellschaften ist aber auch davon abhängig, ob die Prämien alle Kosten, einschließlich die Verwaltungskosten, abdecken. In einem auf Solidarität und universellem Versorgungsschutz beruhenden System ist eine Selektion nach Risikokriterien unzulässig, und es bedarf einer Regulierungsinstanz als Garantin gegenüber den BürgerInnen. Außerdem müssen Anreize und Bestimmungen geschaffen werden, um sicherzustellen, dass die Umsetzung eines wettbewerbsorientierten Kassenmodells nicht dem Ziel der Bereitstellung einer Vorsorge- und Heilmedizin mit hohen Qualitätsstandards und hoher Kostenwirksamkeit entgegensteht. Die ungarische Gesundheitspolitik wird sich in den kommenden Jahren verstärkt auf Krebserkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen sowie den Betreuungs- und Langzeitpflegebedarf der rasch alternden Bevölkerung konzentrieren. Prävention und der Umgang mit chronischen Krankheiten sind in der Tat zwei Schlüsselbereiche mit großem Verbesserungsbedarf, um mehr für die Gesundheitsförderung zu tun und den Rückstand gegenüber anderen europäischen Ländern aufzuholen. Chronische Leiden sind jedoch nicht versicherbar und lassen sich daher nicht auf der bloßen Grundlage der Krankenversicherung handhaben. Andererseits ist Prävention nicht im Interesse der Versicherungen, da sie eine Vorausinvestition bedingt, die sich erst in weiter Zukunft rechnet – und sollte die/der Versicherte sich für einen Versicherungswechsel entscheiden, ist die Investition verloren. Neben

Basisversorgungsleistungen müssen für alle BürgerInnen Ergänzungspakete aus der Krankenversicherung erbracht werden.

Ein wirksames Instrument zur Vermeidung von Risikoselektion ist der Risikoausgleich. Je ausgefeilter jedoch die Formel für den Risikoausgleich, desto höher die Verwaltungskosten. Es kommt nicht nur zu einer Häufung von Verwaltungssystemen, sondern mit Zunahme des Wettbewerbs steigt auch der Verwaltungskostenaufwand. Wenn Versicherungen im ganzen Land agieren, müssen sie Verträge mit verschiedenen, auf das Land verstreuten AnbieterInnen schließen. Parallel dazu kann der Fall eintreten, dass LeistungsanbieterInnen mit jeder Versicherung verschiedene Verträge unterhalten, da PatientInnen in jeder geografischen Region bei verschiedenen Gesellschaften abschließen können. Aus dem chilenischen Experiment geht hervor, dass die Verwaltungskosten 10-20 % des Budgets verschlingen (in der ungarischen Krankenkassenverwaltung derzeit 1,5 %). Will Ungarn also einen tatsächlichen Nutzen aus dem wettbewerbsorientierten Kassenmodell ziehen, müssen die ersten 10-20 % allfälliger Steigerungen der Produktionseffizienz für den Ausgleich des Verwaltungskostenanstiegs einbehalten werden.

Obleich die Einzelheiten des von der Regierung geplanten wettbewerbsorientierten Krankenversicherungsmodells noch immer nicht feststehen, findet im Land eine breite Debatte um dessen Realisierbarkeit statt. Peter Gaal hat einen Alternativvorschlag für die Eindämmung der Produktionsineffizienz: das 1998 initiierte ungarische Pilotprogramm zur Gesundheitskoordination. Es ähnelt dem Steuerungsmodell der USA ("*managed care*") und dem britischen Experiment der Budgethoheit für Arztpraxen ("*Fundholding*"), jedoch mit deutlichen Unterschieden. So tragen die "Verbände für Pflegekoordination" lediglich die Verantwortung für die Koordinationsfunktion. Die Einnahmenbeschaffung, die Anlegung von Finanzierungstöpfen, die Budgetfestsetzung, die Zuweisung der Finanzressourcen, die Vertragsabschlüsse und die "Einkäufe" verbleiben indessen im Ressort der nationalen Krankenkassenverwaltung, wo diese Aufgaben mit den geringsten Verwaltungskosten wahrgenommen werden können.

Die wichtigsten Elemente des ungarischen Pilotprogramms zur Gesundheitskoordination sind:

- Ein "Verband für Pflegekoordination" (Gruppenpraxis für Primärversorgung, Polyklinik oder Krankenhaus) kann lediglich als Anbieter von Gesundheitsdiensten agieren.
- Bei einer angepassten Kopfpauschale trägt er die Verantwortung für nahezu das gesamte Leistungsspektrum (von der primären bis zur tertiären Pflege), und dies für eine im betreffenden Gebiet zur Grundversorgung registrierte Bevölkerung.
- Das auf Basis der Kopfpauschalen errechnete Budget wird dem "Verband für Pflegekoordination" nicht überwiesen. Er ist lediglich ein "virtueller Fondshalter".
- Der "Verband für Pflegekoordination" kann zur Optimierung von Behandlungen mit anderen AnbieterInnen zusammenarbeiten.
- Alle GesundheitsleistungsanbieterInnen werden monatlich für erbrachte Leistungen bezahlt, und zwar gemäß einem landesweit einheitlichen Zahlungsschema (Kopfpauschalen in der Grundversorgung, Einzelleistungsgebühren in Fachambulanzen und DRGs in der stationären Akutversorgung). Die Zahlungen ergehen von der nationalen Krankenkassenverwaltung an

alle AnbieterInnen, die für die Bevölkerung, für die die verschiedenen "Verbände für Pflegekoordination" zuständig sind, Leistungen erbringen.

- Die Zahlungsdaten sind für alle PatientInnen individuell verfügbar, da die LeistungserbringerInnen zum Tätigkeitsnachweis gegenüber der nationalen Krankenkassenverwaltung verpflichtet sind (unter Verwendung der Sozialversicherungsnummern der PatientInnen).
- Am Jahresende wird Bilanz gezogen; Überschüsse werden an den "Verband für Pflegekoordination" überwiesen und können als Vergütung und zu Investitionszwecken verwendet werden.

Ein Beispiel: Im Falle eines "Verbands für Pflegekoordination" in Form einer Gruppenpraxis im Primärversorgungsbereich bilden alle PatientInnen auf der Praxisliste "seine" Bevölkerung. Polykliniken und Krankenhäuser müssen Verträge mit lokal niedergelassenen AllgemeinärztInnen eingehen, um eine "PatientInnenbevölkerung" aufzubauen; die Allgemeinärztinnen und -ärzte können die Teilnahme an dem Experiment jedoch ablehnen.

Der Erfolg der Pflegekoordination hängt von der Teilnahme und Mitarbeit anderer LeistungserbringerInnen ab. Der "Verband für Pflegekoordination" kann die Pflegearbeit koordinieren und über finanzielle Anreize Einfluss auf andere AnbieterInnen ausüben: So können Gewinne auf kooperierende AnbieterInnen aufgeteilt werden. Darüber hinaus ist der "Verband für Pflegekoordination" zur Analyse von Nutzungsdaten berechtigt, die von der nationalen Krankenkassenverwaltung auf der Grundlage der Sozialversicherungsnummern der PatientInnen bereitgestellt werden.

Das bedeutet, dass die Verantwortungsstruktur im ungarischen Pilotprogramm in den Grundzügen erhalten bleibt; die Wahlfreiheit der PatientInnen wird nicht beschränkt und das Vergütungssystem für LeistungserbringerInnen bleibt gleich. Das Programm erlaubt indessen eine Verwaltung der PatientInnenkanäle innerhalb des Versorgungssystems und eine Konzentration auf die "Gatekeeping"-Funktion.

3. Erfahrungen aus anderen Ländern: Österreich, Estland und Frankreich

3.1 Nationale Gesundheitsstrategie in Österreich

Die Struktur des österreichischen Gesundheitssystems ist nach Bundesländern gegliedert. Die Gesundheitsversorgung ist laut österreichischer Verfassung Bundessache – mit einer wichtigen Ausnahme, nämlich den Krankenhäusern. Für das Krankenhauswesen wird auf Bundesebene nur ein allgemeiner Gesetzesrahmen festgesetzt. Die Betreibung von Krankenhäusern beruht auf Abkommen zwischen Bund und Ländern. Die Sektoren ambulante Behandlung, Rehabilitation und Arzneimittel unterliegen Verhandlungen zwischen den 21 Krankenkassen und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie zwischen der ÄrztInnen- und

ApothekerInnenkammer und den gesetzlichen Interessensvertretungen der Hebammen und anderer Gesundheitsberufe. Zwar werden verschiedene Gesundheitsbereiche traditionell unterschiedlich geregelt und finanziert, jedoch gab es in den letzten Jahren verstärkte Bestrebungen zur Einrichtung von Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen, die für sämtliche Sektoren wirksam sind. Die wichtigsten Grundsätze des österreichischen Gesundheitswesens:

- Gleichberechtigter Zugang für alle.
- Solidarität durch Pflichtversicherung.
- Staatliche Gesundheitsfürsorge.

2004 bezifferten sich die Gesundheitsausgaben Österreichs auf € 25 Mrd. (10,2 % des Bruttoinlandsprodukts). Seit Umsetzung des OECD-Berechnungsverfahrens für Gesundheitsausgaben ist die Höhe der berichteten Aufwendungen gestiegen; Österreich liegt damit im oberen Mittelfeld der EU-Mitgliedstaaten, gleichauf mit Deutschland, Frankreich und den Niederlanden. Das österreichische System ist sehr krankenhausalastig – an die 50 % der Mittel entfallen auf den Krankenhaussektor, 21 % auf ambulante Behandlungen, 17 % auf Gesundheitsberatung und 11 % auf Langzeitpflege.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist pluralistisch, in Übereinstimmung mit der Verfassung und den Sozialversicherungsgesetzen. Das Krankenkassensystem ist die wichtigste Finanzierungsquelle – ca. 50 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Versicherung ist verpflichtend und beruht auf der Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe oder auf dem Wohnort. Es besteht also kein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Darüber hinaus deckt sie sämtliche Dienste ab, die mit der Behandlung einer Krankheit in Zusammenhang stehen; folglich sind Leistungsansprüche unabhängig von den geleisteten Beiträgen. Mit der letzten Reform im Jahr 2005 wurden die Krankenkassenbeiträge angehoben. Trotz der im laufenden Regierungsprogramm geplanten weiteren Anhebung um 1,5 % ist die Lage der Sozialversicherung weiterhin angespannt.

Die verbleibenden 50 % der Gesundheitsausgaben sind zu gleichen Teilen einerseits auf die Bundesregierung, die Länder und die lokalen Gebietskörperschaften (Steuern und Geldleistungen für Langzeitpflege) und andererseits auf Privatausgaben aufgeteilt. 2004 deckten indirekte Eigenanteile (Dienste, deren Kosten vollständig von den Versicherten getragen werden) 13,5 % der Gesundheitsausgaben; direkte Zuzahlungen (Selbstbehalte) machten 7,6 % und Privatversicherungsprämien ca. 2,4 % aus. Mehr als die Hälfte der indirekten Eigenanteile entfiel auf den Zugang zu Krankenhauspflege, gefolgt von der zahnmedizinischen Versorgung. Direkte Zuzahlungen betreffen nahezu alle Leistungen der Krankenkasse und sind in den vergangenen Jahren gestiegen. Bedürftige und chronisch Kranke genießen jedoch eine Rezeptgebührenbefreiung, ferner werden Richtlinien über Ausnahmen in anderen Leistungsbereichen herausgegeben (ca. 12 % der österreichischen Bevölkerung sind von direkten Zuzahlungen befreit).

Das öffentliche Gesundheitswesen fällt unter die Zuständigkeit der Länder, die den überwiegenden Teil der betreffenden Aufgaben an Bezirks- oder Kommunalbehörden überträgt. 2003 lag die Versorgung mit Krankenhausbetten – 6 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen – deutlich über dem EU-Durchschnitt (4,2 Betten). Ferner wies Österreich die bei weitem höchste Aufnahmequote auf: 28,4 pro

100 EinwohnerInnen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war 2003 kürzer als der EU-Durchschnitt (6,4 im Vergleich zu 6,9 Tagen); die Bettenauslastung von 76,2 % war geringfügig niedriger (77,5 %). Es bestehen jedoch Ungleichheiten zwischen den 32 Gesundheitsregionen des Landes, sowohl hinsichtlich der Versorgung mit AllgemeinärztInnen als auch bezüglich der Entfernung zu Krankenanstalten.

Ein Leitprinzip des österreichischen Systems lautet, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung strikt bedarfsabhängig ist und von Faktoren wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Verhältnissen nicht beeinflusst wird. Die Pflichtkrankenversicherung erfasst 98 % der Bevölkerung; es wurden Fortschritte erzielt, um auch die restlichen 2 % zu erreichen, die aufgrund einer fehlenden Meldung bei der zuständigen Behörde nicht versichert sind (Arbeitlose sind nur dann krankenversichert, wenn sie im Arbeitsmarktservice erscheinen). Die neueste Maßnahme ist die Einführung einer "e-card" für Sozialversicherte. Es bleibt abzuwarten, was die neue Regierung unternehmen wird, um die verbleibenden Versorgungslücken der Pflichtversicherung auszugleichen. Im Übrigen gibt es dank eines ausreichenden Personal- und Ausstattungsniveaus keine nennenswerten Wartelisten für die Beanspruchung medizinischer Leistungen. Nur bei einer Reihe nicht akuter Operationen gibt es längere Wartezeiten.

Die Lebenserwartung der ÖsterreicherInnen liegt über dem EU-Durchschnitt, auch bei anderen Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren ist die Lage im Allgemeinen günstig. Allerdings bestehen in der Bevölkerung gruppen- und geschlechtsspezifische sowie regionale Unterschiede, v. a. zwischen Ost- und Westösterreich. Aus diesem Grund sind weitere Politikmaßnahmen zur schrittweisen Beseitigung dieser Differenzen im Gesundheitsstatus erforderlich. Ungünstigere sozioökonomische Verhältnisse in einigen östlichen Landesteilen haben zu einem Ost-West-Gefälle im Gesundheitszustand geführt. Auch regionale Unterschiede in der Obesitäts- und Diabeteshäufigkeit sind zu beobachten; in Gegenden mit niedrigeren Einkommen im Osten liegt – v. a. unter Frauen in Landregionen – eine höhere Diabetesrate vor. Mit dem laufenden Ausbau von Leistungsumfangsstandards soll eine gleichmäßigere regionale Versorgung erreicht werden. Das Ziel ist die Einsetzung von Standards für ein wirksames Schnittstellenmanagement und die Aufstockung bestimmter Leistungen wie Palliativmedizin und Pflegeheime, Neurorehabilitation und Psychotherapie.

Bei Gesundheitsreformen standen neben der Kosteneindämmung v. a. Umstrukturierungen zur Verbesserung der Kapazitätenplanung, die Zusammenarbeit der Interessenvertretungen und die Koordination der Finanzierungsströme im Vordergrund. Reformen können entweder auf Bundes- oder Landesebene eingeführt werden. Es gibt auch einheitliche Routinen und Projekte, die zwischen Bund und Ländern gemeinsam vereinbart werden. Ein weiteres, besonderes Instrumentarium sind die innerstaatlichen Staatsverträge, regelmäßige Abkommen, die zwischen dem Bund und den Ländern geschlossen werden und sich gut bewährt haben, wenn es gilt, die Zustimmung aller Beteiligten zu spezifischen Prioritäten zu erreichen. Die Verträge laufen meist über vier Jahre, der jetzige gilt für 2005-2008.

Die wichtigsten langfristigen Prioritäten der österreichischen Gesundheitsreform:

- Strukturplanung in der Gesundheitsversorgung
- Qualitäts- und Schnittstellenmanagement
- "eHealth" und Telematik für den Gesundheitsbereich
- DRG-Systeme und Dokumentation

Eher horizontale Agenden sind die integrierte Pflege und die Nachhaltigkeit der Langzeitpflege.

2005 wurde eine neue Organisationsstruktur eingesetzt. Eine neue Bundesgesundheitsagentur ist nunmehr als zentrales Organ für die Planung, Verwaltung und Finanzierung zuständig. Der Agentur gehören VertreterInnen aller wichtigen Interessensverbände an. Andere Gesundheitsagenturen, so genannte "Plattformen", sind zudem auf Länderebene vertreten. Ihre Rolle besteht in der Umsetzung der Vorgaben und Planungsgrundsätze der Bundesgesundheitsagentur unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse und spezifischer regionaler Bedürfnisse. Traditionellerweise war Planung vorwiegend auf die Akutversorgung im Krankensektor ausgerichtet; so bestand bereits seit 1997 ein entsprechender obligatorischer Plan ("Spitalsplan"). 2005 wurde jedoch ein neues Konzept namens "Leistungsangebotsplanung" verabschiedet. Anstelle einer quantitativen Regulierung von Betten- und Leistungsstandorten wird heute die Berechnung des erforderlichen Mindestleistungsangebots pro Region vorgenommen. Die Dienstleistungserbringung soll unabhängig von örtlichen oder organisatorischen Gegebenheiten stattfinden. Ein weiterer neuer Schwerpunkt betrifft die integrierte, alle Gesundheitssektoren umspannende Planung. Dies lässt sich in Österreich schwer umsetzen, da die verschiedenen Sektoren traditionell unterschiedlichen Entwicklungslinien folgten.

Vor zehn Jahren wurden umfassende Bemühungen unternommen, um die Qualität mithilfe nicht verbindlicher Projekte zu verbessern. Dies erwies sich jedoch als unwirksam. Deshalb wurde in jüngeren Jahren ein Gesetzesrahmen mit verbindlicheren Merkmalen ausgearbeitet. Im innerstaatlichen Staatsvertrag sind Qualitätsprüfungen festgeschrieben; vor allem gibt es nun ein Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen. Darin ist eine horizontale Strategie für die Entwicklung von Qualitätsarbeit enthalten. Mit dem Gesetz wird die Standardentwicklung im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geregelt und ein Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen ins Leben gerufen.

Ferner war es notwendig, eine integrierte Verwaltung der Gesundheitsversorgung zu fördern, namentlich über den einrichtungsübergreifenden Informationsaustausch. Vor diesem Hintergrund steht die Schwerpunktsetzung auf Gesundheitstelematik ("eHealth"). Das Ziel ist die Ausweitung des rechtlichen, technischen und organisatorischen Rahmenwerks zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsbeteiligten, in Übereinstimmung mit den Bestrebungen im "eGovernment"- und EU-Bereich. Es wurde ein Gesundheitstelematikgesetz verabschiedet, wenngleich nicht ohne Schwierigkeiten. Laufende vorrangige Projekte betreffen die elektronische Gesundheitsakte, die elektronische Verschreibung sowie die 2006 eingeführte eCard.

DRG- und Dokumentationssysteme müssen weiterentwickelt werden. Ein DRG-basiertes Krankenhausfinanzierungssystem wurde vor zehn Jahren eingeführt. Die größte Herausforderung

liegt heute in der Umsetzung von Dokumentations- und Klassifikationssystemen für Diagnosen und Verfahren im ambulanten Sektor. Das ist kein leichtes Unterfangen. Darüber hinaus wurde ein "Reformpool" geschaffen. Dieser dient dazu, die angestrebte Verlagerung von Finanzmitteln für PatientInnen und Leistungen aus dem Krankenhaussektor in die ambulanten Sektoren voranzutreiben.

In Österreich sind Gesundheitsreformen ein laufender Prozess. Im Vordergrund steht die stete Weiterentwicklung und kein radikaler Umbau. Verschiedene Bereiche sind miteinander verflochten und müssen gleichzeitig angegangen werden. Es müssen Kompromisse geschlossen werden. Zur Sicherung der Ergebnisse ist die systematische Einbindung aller PartnerInnen erforderlich. Es genügt nicht, auf dem Papier Konzepte zu erstellen. Es muss ein Interessensausgleich zwischen der Bundes-, Länder und Gemeindeebene erzielt werden. Dies gilt insbesondere für ein Land mit bundesstaatlicher Struktur. Vor allem müssen Reformen auf die Bedürfnisse der jeweiligen Nation abgestellt werden, wenngleich länderübergreifende Vergleiche – wie im Rahmen dieser Peer Review – hilfreich sein können.

3.2 Nationale Gesundheitsstrategie in Estland

Estland, das kleinste der Länder des Baltikums, weist seit Anfang der 1990-er einen stetig voranschreitenden Bevölkerungsschwund auf. Die Bevölkerung konzentriert sich immer stärker auf einige wenige urbane Gebiete, wo die Kommunen über entsprechend höhere Verwaltungs- und Finanzkapazitäten verfügen. Knapp 1/3 der Bevölkerung lebt heute in der Hauptstadt Tallinn. Dieser Urbanisierungsprozess hält derzeit noch an. Wie in allen europäischen Ländern ist auch in Estland die Bevölkerungsalterung ein Thema.

Seit der Unabhängigkeit des Landes wurde das estnische Gesundheitssystem zwei wichtigen Änderungen unterzogen:

- Übergang von einem zentralisierten und staatlich kontrollierten zu einem dezentralen System;
- Übergang von einer Finanzierung aus dem Staatsbudget zur Umlagenfinanzierung (Krankenversicherungsbeiträge).

Das Sozial- und Krankenversicherungssystem, das über den "zentralen Krankheitsfonds" und weitere 22 "regionale Krankheitsfonds" abgewickelt wird, wurde Anfang der 1990-er ins Leben gerufen. 1994 wurde die Verantwortung für die Planung der Gesundheitsleistungen teilweise auf die Ebene der Landkreise verlagert und wird dort von den GouverneurInnen und LandkreisarztInnen wahrgenommen. In den letzten Jahren wurde in Reformprogrammen der Regierung jedoch der Versuch unternommen, einige Funktionen des Gesundheitssystems wieder auf die zentralstaatliche Ebene überzuführen; dies hängt damit zusammen, dass bestimmte Funktionen zuletzt auf Ebenen angesiedelt waren, die zu einer wirksamen Ausführung nicht in der Lage waren. Die Gesundheitsplanung wurde dezidiert auf nationalem Niveau angesiedelt, und die Krankheitskassen wurden zu einem zentralen Krankenkassenfonds zusammengeführt. Dieser wurde ebenso wie die LeistungsanbieterInnen mit erweiterten Rechten und Pflichten ausgestattet.

LeistungserbringerInnen haben nunmehr den gesetzlichen Status von privatrechtlichen Einrichtungen, wenngleich sie mehrheitlich in staatlichem Besitz stehen oder von der öffentlichen Hand finanziert werden. Die direkte Verantwortung für die AnbieterInnenleistung wurde an die Krankenhausaufsichtsräte delegiert. Die Privatisierung der Grundversorgung wurde 1998 in Angriff genommen und 2001 abgeschlossen. In der Organisation der Grundversorgung stehen heute die Allgemeinärztinnen und -ärzte auf Ebene der Landkreise im Mittelpunkt. Es gilt die freie Arztwahl für BürgerInnen, wobei die Allgemeinärztinnen und -ärzte eine "Lotsenfunktion" ("Gatekeeping") wahrnehmen. Außerdem erhalten auch Allgemeinärztinnen und -ärzte fachärztliche Schulungen. Vom gesetzlichen Standpunkt betrachtet sind niedergelassene Allgemeinärztinnen und -ärzte entweder Einzelunternehmen oder Gesellschaften mit einem Vertragsverhältnis mit der Krankenkasse.

Alle relevanten Bestimmungen sind im Gesundheitsorganisationsgesetz von 2001 festgeschrieben. Bis zu diesen Reformen zeichnete sich das unzusammenhängende Krankenhausnetz durch einen ineffizienten Ressourceneinsatz aus. Dies mündete in spezifischen, wenngleich nicht eindeutig wahrgenommenen Problemen hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten. Krankenhäuser und Ambulatorien waren häufig überfüllt, doch offiziell gab es keine Wartelisten. Der Zugang und die Qualität litten unter dem ÄrztInnenverhalten, einer mangelnden Motivation seitens des medizinischen Personals, daneben aber auch unter der sich vertiefenden sozialen Schichtung infolge des rapiden wirtschaftlichen Wandels.

Die wichtigsten Grundsätze für die Neustrukturierung des Krankenhausnetzwerks waren: das Prinzip der "goldenen Stunde" (Akutversorgung für alle in weniger als 70 km bzw. 1 Fahrstunde Entfernung); Einteilung von Krankenhausversorgungsgebieten in Größenordnungen, die eine höhere Qualität der fachärztlichen Betreuung sowie eine wirksame Ressourcennutzung erlauben; und schließlich der Aufbau von Krankenpflegeleistungen, um die wirksamere Nutzung von Aktivpflege zu fördern. Im Vergleich sowohl zu alten wie auch neuen Mitgliedstaaten verzeichnete Estland einen äußerst rasanten Rückgang der Anzahl der Krankenhausbetten und eine ebenso dramatische Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer in der stationären Akutversorgung. Es wurden bemerkenswerte Verbesserungen erzielt, allerdings bestehen im Krankenhausnetz nach wie vor Überkapazitäten, weshalb weitere Reformbemühungen notwendig sind. Zu den Hauptproblemen in der Langzeit- und Krankenpflege gehören u. a. das unzureichende Angebot an Hauspflegeleistungen, der Bettenmangel in den Bereichen Langzeit- und Krankenpflege sowie der unzulängliche Versorgungszugang für Ältere. Das heute am häufigsten zitierte Problemfeld ist die "Grauzone" zwischen Gesundheitsversorgung und Fürsorgediensten. Darin liegt eine ernsthafte Hürde für die Betreuungskontinuität. Die wichtigsten Herausforderungen betreffen deshalb die Verknüpfung von Krankenpflege und sozialen Pflegediensten, den Ausbau und die qualitative Verbesserung der Hauspflege sowie der Pflegeeinrichtungen, und die Sicherstellung, dass Dienste auf der Grundlage rigoros geprüfter Bedürfnisse erteilt werden.

2001 erhielt der Krankenkassenfonds Estlands seinen heutigen Status als öffentlicher unabhängiger Rechtsträger, der den Zentralen Krankheitsfonds und die 17 regionalen Krankheitsfonds ablöste. Seine Rolle ist hauptsächlich die einer aktiven Einkaufsagentur, seine Verantwortungsbereiche umfassen:

- Vertragsschließung mit ErbringerInnen von Gesundheitsleistungen
- Vergütung von Gesundheitsleistungen

- Rückerstattung von Arzneimittelausgaben
- einige Leistungen bei krankheitsbedingtem Arbeitsausfall und Mutterschaft

Ende 2003 deckte der Krankenkassenfonds 94 % der Bevölkerung ab. Voraussetzung für Leistungsansprüche aus dem Krankenkassenfonds sind ein Wohnsitz in Estland und die Zugehörigkeit zu bestimmten per Gesetz definierten Gruppen. Bei der Hälfte dieser Gruppen werden die Beiträge von den ArbeitgeberInnen, dem Staat oder den Versicherten selbst getragen. Die andere Hälfte genießt einen beitragsfreien Versicherungsschutz, woraus sich eindeutige Probleme bezüglich der Zukunftsfähigkeit des Systems ergeben.

Das Gesundheitswesen wird in Estland überwiegend öffentlich finanziert. Öffentliche Ressourcen decken ca. 76 % der gesamten Gesundheitsausgaben Estlands ab, wozu eine eigene Sozialversicherungssteuer als wichtigste Finanzierungsquelle herangezogen wird. Auf Eigenauslagen der Versicherten (in privaten Krankenversicherungen nicht enthalten) entfallen 83,9 % der privaten Ausgaben für Gesundheitsversorgung. Es gibt ein System der Zuzahlungen, um die Nutzung der Dienstleistungen zu reduzieren. Die Praxisgebühr für einen Besuch bei Allgemein- oder FachärztInnen beträgt €3, der Selbstbehalt für die ersten zehn Krankenhaustage liegt bei €1,50 pro Tag. Es ist nachgewiesen, dass die Verpflichtung, für die Kosten selbst aufkommen zu müssen, den Zugang zu zahnärztlicher Pflege erheblich eindämmt, insbesondere unter Einkommensschwachen. Studien belegen, dass die Gesundheitsausgaben von Haushalten mit geringen Einkommen überwiegend auf Medikamente entfallen, wohingegen reichere Haushalte mehr Geld für Zahnpflege ausgeben.

Die vorrangigen gesundheitspolitischen Maßnahmen in Estland sind heute u. a.:

- Verringerung der Anzahl der nicht Versicherten, da diese nur Notdienste in Anspruch nehmen können.
- Verkürzung der Wartelisten. Während Termine bei AllgemeinärztInnen im Allgemeinen binnen drei Tagen zu bekommen sind, gibt es lange Wartelisten für fachärztliche Leistungen, sowohl im ambulanten (bis zu drei Monate) als auch im stationären Bereich (bis zu 3 1/2 Jahre).
- Fortführung der Reformen durch Sicherstellung eines besseren Zugangs zu medizinischer Grundversorgung und laufende Verbesserungen im Krankenhaussektor.

Estland hat bezüglich des Gesundheitszustands der Bevölkerung keinen positiven Trend aufzuweisen. Ende der 1930-er lag die Lebenserwartung der EstInnen gleichauf mit jener in den skandinavischen Ländern, doch der Zweite Weltkrieg und die sowjetische Besatzung führten zu einer rückläufigen und schließlich stagnierenden Lebenserwartung. Zwar weist der Trend seit ein paar Jahren wieder nach oben, doch bleibt ein Rückstand im Verhältnis zum Durchschnitt der EU-15 bestehen, v. a. unter Männern. Herz-Kreislaufkrankungen sind die erste Todesursache in Estland: 45,6 % aller Sterbefälle unter Männern bzw. 62,2 % unter Frauen (2000). Die zweit- und dritthäufigsten Todesursachen sind Krebs (Männer 10,5 %, Frauen 17,1 %) und Tod durch äußere Ursachen (Männer 17,4 %).

Die Säuglingssterblichkeit ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Die Zahlen der Weltbank weisen zwischen 1990 und 2002 einen Rückgang von 18,0 auf 10,0 aus. Allerdings ist wie in anderen Reformländern die Geburtenrate drastisch gesunken, und zwar auf 8,8 je 1.000

EinwohnerInnen (1998). Seit 1998 ist wieder ein Anstieg zu beobachten, BevölkerungswissenschaftlerInnen rechnen jedoch nicht damit, dass das Reproduktionsniveau erreicht wird. Der Umgang mit den Folgen der seit 2001 grassierenden HIV/AIDS-Erkrankungen stellt das öffentliche Gesundheitswesen und das Versorgungssystem Estlands vor beträchtliche Herausforderungen. Die HIV/AIDS-Epidemie begann unter SuchtgiftkonsumentInnen mit Spritzenverwendung im Nordosten des Landes; bis 2003 waren insgesamt 3.600 Menschen HIV-positiv diagnostiziert (0,26 % der Bevölkerung).

Die erste umfassende Studie über gesundheitliche Benachteiligungen in Estland wurde 2002 von der Weltbank in die Wege geleitet. Die estnische Krankenkasse hat sich ebenfalls mit regionalen Unterschieden in der Beanspruchung von Gesundheitsdiensten auseinandergesetzt. Beide Untersuchungen legen große, sich verstärkende Diskrepanzen hinsichtlich Gesundheitsverhalten und -zustand zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen offen (aufgegliedert nach Einkommen, Bildungsstand, Wohnort und Zugehörigkeit zu Volks-/Sprachgruppen). Übereinstimmend mit Erkenntnissen aus Studien in anderen Ländern zeigte sich, dass ein besserer Gesundheitszustand und gesundheitsförderliches Verhalten in Gruppen mit akademischer Bildung und höherem Einkommen stärker verbreitet sind. In den 1990ern nahmen die Ungleichheiten bezüglich Mortalität und Gesundheitsverhalten unter sozioökonomischen Gruppen sowie Volks-/Sprachgruppen zu. So wurden beispielsweise unter Angehörigen der Russisch sprechenden Gruppe bei nahezu allen Todesursachen höhere Sterberaten beobachtet, insbesondere bei Alkoholvergiftungen und Totschlag. Die wichtigste Ausnahme bildeten Verkehrsunfälle – diese sind in der estnischen Volksgruppe eine häufigere Todesursache.

Die estnische Bevölkerung hat in vielen Bereichen ein höheres Gesundheitsbewusstsein erlangt. Die größten Veränderungen im Zusammenhang mit dem Essverhalten betreffen die Abwendung von tierischen zugunsten von pflanzlichen Fetten in der Speisenzubereitung sowie eine generelle Abnahme des Fettkonsums. Während Anfang der 1990er nur 28 % der EstInnen pflanzliche Fette als wichtigste Fettsubstanz in der Speisenzubereitung verwendeten, lag der Anteil 2000 bereits bei 86 %. Auch der tägliche Verzehr von frischem Obst und Gemüse hat seit Anfang der 1990er zugenommen.

Der Bevölkerungsanteil mit täglichem Tabakkonsum stieg zwischen 1990 und 1994 von 15 % auf 35,8 % an, entwickelt sich seither jedoch kontinuierlich rückläufig (28,9 % im Jahr 2002). Dies entspricht in etwa dem Durchschnitt der EU-15, ist jedoch höher als der skandinavische Durchschnitt (22,23 %).

Bei der Erstellung des nationalen gesundheitspolitischen Dokuments im Jahr 2006 wurden mehrere Problembereiche herausgestellt, u. a. die Gesundheitsförderung und Vorsorgemedizin, und dabei insbesondere die Umsetzung einschlägiger Strategien zur Eindämmung von HIV und Tuberkulose und die Förderung gesunder Ernährungs- und Lebensweisen im Rahmen der Nationalen Strategie zur Eindämmung von Herzkrankheiten und der Nationalen Strategie zur Krebsbekämpfung.

Die Bestandsfähigkeit des Gesundheitssystems ist gegenwärtig eines der wichtigsten Themen in Estland. Es laufen Verhandlungen über die Mindestlöhne der Angehörigen der estnischen Gesundheitsberufe – Arbeitsniederlegungen wurden angekündigt. In der Zukunftsfähigkeit der Finanz- und Humanressourcen des Systems liegt eine ernste Herausforderung für Estland, v. a. vor

dem Hintergrund wachsender Gesundheitsausgaben und der Freizügigkeit für Gesundheitsberufe innerhalb der EU – trotz des rasanten Wachstums der estnischen Wirtschaft. Für die kommenden Jahre stehen wichtige richtungweisende Entscheidungen an, wenn die Erwartungen der Bevölkerung erfüllt und ein gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung erreicht werden sollen.

3.3 Nationale Gesundheitsstrategie in Frankreich

Das französische Gesundheitssystem zeichnet sich durch staatlich kontrollierte Krankenkassen sowie eine Kombination aus öffentlicher und privater Versorgung aus. PatientInnen haben Wahlfreiheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung, Direktzugang zu FachärztInnen und genießen eine reichliche Versorgung, insbesondere an niedergelassenen ÄrztInnen.

Die Grundsozialversicherung Frankreichs deckt die Gesundheitskosten nur teilweise ab. 2005 fielen 77,5 % der Gesundheitskosten und medizinischen Güter in den Deckungsbereich der Sozialversicherung, weitere 12,9 % wurden von Zusatzversicherungen getragen. Für 8,7 % der Kosten hatten die Betroffenen selbst aufzukommen. Die Deckung umfasst verschiedene Versorgungsfälle:

- 92,5 % der Krankenhauspflege
- 65,7 % für AnbieterInnen ambulanter Pflege (u. a. Allgemeinärztinnen und -ärzte)
- 61,9 % für medizinische Produkte (Medikamente, Prothesen usw.)

Aus diesen Zahlen lässt sich ablesen, dass der Bedarf an Zusatzversicherungen im Fall von Krankenhauspflege unerheblich ist, in den übrigen Versorgungskategorien – v. a. zahn- und augenärztliche Versorgung sowie allgemein die Erstversorgung – jedoch einen maßgeblichen Faktor darstellt. Eine staatliche Intervention ist unverzichtbar, um zu verhindern, dass ein großer Teil der Bevölkerung sich ohne Zusatzversicherung wieder findet. Dies betrifft insbesondere jene, die nicht über die nötigen Mittel für einen zusätzlichen Versicherungsschutz verfügen und unter entsprechenden sozialen und gesundheitlichen Folgen zu leiden haben.

Die medizinische Betreuung für die am stärksten Benachteiligten ist in Frankreich seit langem ein wichtiges Anliegen. Bis zur Einführung der universellen Pflichtkrankenversicherung (CMU) im Jahr 2000 beanspruchten die am stärksten Benachteiligten zumeist Leistungen aus dem staatlichen Gesundheitshilfsprogramm. 1999 waren 3,3 Mio. Französisinnen und Franzosen auf diesem Weg versichert. Die Beteiligung einer Vielzahl verschiedener Akteurinnen und Akteure (lokale Gebietskörperschaften, Krankenversicherungen, Staat usw.) war jedoch mit Schwierigkeiten verbunden.

Merkmale des Gesetzes über die Einführung der "CMU":

- Alle in Frankreich lebenden Personen haben Anspruch auf Krankenversicherung, falls sie über keinen anderweitigen Versicherungsschutz verfügen. Dieses Instrument betrifft heute an die 1,5 Mio. Menschen.

- Menschen mit einem Einkommen unter einer bestimmten Schwelle (ca. € 600 pro Monat und Person) haben Anspruch auf eine Zusatzversicherung, um eine 100 %-ige Deckung aller von der französischen Sozialversicherung anerkannten Gesundheitsausgaben zu erlauben.
- Illegal eingereiste MigrantInnen haben Anspruch auf staatliche Unterstützung für Gesundheitsausgaben.

Eine weitere Regelung sieht für Menschen, deren Ressourcen max. 20 % über der "CMU-Bemessungsgrundlage" liegen, eine Hilfe beim Erwerb einer Zusatzversicherung vor.

Heute haben an die 4,8 Mio. Menschen Anspruch auf das "CMU"-System. Diese Zahlen sind seit Einführung des Modells konstant. Die Menschen mit "CMU"-Schutz sind jünger als die Gesamtbevölkerung – so stellen Unter-20-Jährige 44 %, während sie nur 25 % der Gesamtbevölkerung ausmachen. Auch Frauen sind häufiger "CMU"-Bezieherinnen als ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entspricht. Ferner lassen sich geografische Ungleichheiten beobachten; die Zahl der "CMU"-Versicherten konzentriert sich auf die am stärksten benachteiligten Gegenden Frankreichs: das Departement Seine Saint Denis, die Provence, der Alpenraum, die Côte d'Azur und die französischen Antillen.

Der Gesundheitszustand von "CMU"-BezieherInnen ist schlechter als der der Restbevölkerung. Ihre Ausgaben für ambulante Behandlung sind niedriger als unter anderen Versicherten, hingegen liegen ihre Ausgaben für Krankenhauspflege deutlich darüber. 2002 gaben "CMU"-Versicherte im Durchschnitt € 2.133 für Gesundheitsversorgung aus, gegenüber nur € 1.700 unter der Restbevölkerung. Diese Differenz erklärt sich jedoch ausschließlich aus den Krankenhauskosten.

Das System der "CMU" ist mit zwei Schwierigkeiten verbunden:

- Der Zielgruppe der "CMU" gehören an die 6 Mio. Menschen an, jedoch werden nur 4,8 Mio. BezieherInnen gezählt. In Analysen wurden die Ursachen ermittelt. Es gibt drei Gründe:
 - Informationsmangel. Betroffene haben noch nie von diesem System gehört.
 - Angst vor Stigmatisierung.
 - Apathie und Entsozialisierung unter einigen der am stärksten Benachteiligten, v. a. unter SozialhilfeempfängerInnen.
- Es gibt Ärztinnen und Ärzte, die die Behandlung von "CMU"-PatientInnen verweigern. Das Ausmaß dieses Problems ist nicht bekannt. Es wurden einige Nachforschungen angestellt, die Stichproben waren jedoch zu wenig umfangreich, um Schlussfolgerungen auf nationaler Ebene zuzulassen. Die Verweigerung von Behandlungen ist jedenfalls eine Realität. Das Phänomen tritt in erster Linie bei Zahn- und FachärztInnen auf, die freie Honorare praktizieren, bei "CMU"-PatientInnen jedoch zur Einhaltung der Kassentarife gezwungen wären. Eine Untersuchung im Departement Val de Marne ergab, dass die Ablehnungsquote unter Fach- und ZahnärztInnen bis zu 41 % beträgt.

Angesichts dieser Situation beschloss das Gesundheitsministerium eine Reihe von Maßnahmen:

- Anmahnung der ärztlichen Pflichten, statische Erhebung der Behandlungsverweigerung.
- Aufklärung der "CMU"-Versicherten über ihre Rechte.

- Anregung an "CMU"-EmpfängerInnen, eineN "betreuendeN" Ärztin/Arzt zu wählen.
- Vereinfachung der Wahrnehmung der Ansprüche (kurzfristige Ausstellung der Sozialversicherungskarte).
- Systematische Klagen, wenn die Verweigerung von Behandlungen beobachtet wird.

Das "CMU"-Modell besteht nunmehr seit sieben Jahren. Es hat ermöglicht, dass alle in den Anspruch von Gesundheitsversorgung kommen. Vor dem Hintergrund, dass die "CMU"-Zielgruppe aufgrund ihrer finanziellen Lage stärker krankheitsanfällig ist als die Gesamtbevölkerung, belegen Untersuchungen, dass die "CMU" zum Abbau der finanziellen Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung beigetragen hat. Das System ist noch insofern verbesserungsfähig, als tatsächlich alle Bedürftigen Zugang zu Versorgung erhalten müssen und Ärztinnen und Ärzte keine Möglichkeit haben dürfen, Behandlungen aus finanziellen oder organisatorischen Gründen zu verweigern.

Der Gesundheitszustand der Französinen und Franzosen ist insgesamt positiv, wie sich anhand von Indikatoren wie der Lebenserwartung und der Lebenserwartung bei guter Gesundheit ablesen lässt. Im internationalen Vergleich schneidet Frankreich auch bei den kardiovaskulären Krankheiten gut ab; die Position des Landes bezüglich der Mortalität aufgrund von Alkohol, Zirrhosen und Gebärmutterhalskrebs verbessert sich. Allerdings weisen Frankreichs Männer eine frühzeitige Sterblichkeit aufgrund von Tabak und Unfällen auf; außerdem bestehen beträchtliche gesundheitliche Benachteiligungen sozialer und geografischer Art. Der Nordteil des Landes (entlang einer West-Ost-Linie von der Bretagne bis zum Elsass) weist höhere Sterberaten auf, ebenso wie Regionen zwischen dem Nordosten und der Auvergne und dem Zentrum. Alkohol- und Tabakkonsum hängt mit dem sozioökonomischen Status zusammen; er ist in ärmeren Regionen mit höheren Arbeitslosenquoten häufig höher.

4. Schlussfolgerungen und Diskussion

Die Gewährleistung eines universellen Zugangs zu Dienstleistungen für die Bevölkerung, der Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich und die Erhaltung der Bestandsfähigkeit des Systems sind in den meisten EU-Ländern spezifische Ziele des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitspolitik im Allgemeinen.

In Europa wurden in den vergangenen Jahrzehnten Verbesserungen sowohl des Gesundheitszustandes als auch der Lebens- und Arbeitsbedingungen verwirklicht. Dennoch bestehen auf dem Kontinent noch große Unterschiede in den Lebensbedingungen, die sich in unterschiedlichen Gesundheitsmustern niederschlagen. Eine gute Gesundheit kann als eine der grundlegendsten Ressourcen für sozialen und wirtschaftlichen Wohlstand angesehen werden. Veränderungen der sozioökonomischen Rahmenbedingungen wirken sich unmittelbar auf die Gesundheit der Bevölkerung aus, wobei auch psychosoziale Faktoren ins Spiel kommen. Menschen

am unteren Ende der sozialen Leiter sind stärker krankheitsgefährdet als jene am oberen Ende – dies gilt sowohl auf einzelstaatlicher als auch auf EU-Ebene.

Das Gesundheitssystem spielt auch bei der Erklärung von Unterschieden im Gesundheitszustand – sowohl national als auch länderübergreifend – eine wichtige Rolle, wie am Beispiel der Studien zu vermeidbaren Todesfällen deutlich wird. Insofern hat es den Anschein, dass durch eine konzentrierte Berücksichtigung des Gesundheitssystems viel zur Senkung der allgemeinen Sterblichkeitsrate beigetragen werden kann – sogar Schweden, dessen Bevölkerung europaweit zu den gesündesten zählt, könnte die Sterblichkeit durch optimierte Behandlungen noch um 25 % drücken. Wirksame Behandlungsmethoden und die Vorsorge vor Krankheiten hatten in mehreren EU-Ländern auch einen hohen Stellenwert für die Verringerung der Sterblichkeitsraten bei Herz-Kreislaufkrankungen und verschiedenen Krebserkrankungen.

Der wichtigste Punkt: Wenn im Zugang zur Gesundheitsversorgung Ungleichheiten unter sozialen Gruppen bestehen, können sich gesundheitliche Benachteiligungen verschärfen. Es ist nachgewiesen, dass Menschen aus stärker benachteiligten Kategorien trotz höheren Bedarfs an Gesundheitsdienstleistungen nicht die benötigte Betreuung erhalten. Ungleichheiten existieren nahezu überall, sie erklären sich aus geografischen, finanziellen und/oder soziokulturellen Barrieren. Die finanzielle Belastung durch medizinische Versorgung ist für sozial und wirtschaftlich benachteiligte Menschen eine zunehmende Sorge. Es ist eindeutig erwiesen, dass "die Verfügbarkeit guter medizinischer Betreuung der Bevölkerung im umgekehrten Verhältnis zur Bedarfslage steht" (Hart, 1971). Die Gewährung eines universellen Zugangs zu Gesundheitsdiensten beseitigt die Ungleichheiten nicht, wie sich in den meisten Industriestaaten, die finanzielle Hürden im Dienstzugang aufgehoben haben, beobachten lässt. Verschiedene Bevölkerungsgruppen wie Arme, Ältere, legal oder illegal zugewanderte MigrantInnen, Menschen mit Behinderung und ethnische Minderheiten haben mitunter spezifische Bedürfnisse und Erwartungen in punkto Gesundheitsversorgung. Das Gesundheitssystem muss so ausgelegt sein, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung auf gleichberechtigte, wirksame und ansprechende Weise berücksichtigt werden.

Obwohl in einigen Ländern bedeutende politische Anstrengungen unternommen wurden, um gesundheitliche Benachteiligungen einzudämmen (z. B. England, Schweden und auf lokaler Ebene in den Niederlanden), gibt es kaum Belege für deren Erfolg. Diese relativ dürftige Faktenlage ist einerseits auf die langen Zeiträume, über die Politikumsetzungsprozesse und gesundheitliche Veränderungen in der Bevölkerung sich hinziehen, andererseits aber auch auf begrenzte Kapazitäten für Untersuchungen und Beurteilungen zurückzuführen. Darüber hinaus ist in vielen Ländern sowohl der Umfang als auch die Aussagekraft von Daten zu Gesundheit und gesundheitlichen Benachteiligungen gering, was die Politikgestaltung weiter erschwert. In neuen Mitgliedstaaten und den Kandidatenländern sind Politikkonzepte zum Abbau von gesundheitlichen Benachteiligungen beschränkter als im Westen, obgleich Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung ausgearbeitet und umgesetzt wurden bzw. werden. Es ist wesentlich, dass Länder sich zu einer formalen, sektorenübergreifenden Koordination hinentwickeln, wenn im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Benachteiligungen Verbesserungen erreicht werden sollen. Eine weit verbreitete Einschränkung ergibt sich aus dem Mangel an unterstützenden Fakten für Politikentscheidungen und die Wirksamkeitsbeurteilung von Programmen. Nicht zuletzt ist auch darauf hinzuweisen, dass sich verschiedene Beschränkungen aus den verfügbaren Berichten für den Datenvergleich zwischen europäischen Ländern ergeben. Verbesserungen sind erforderlich

bezüglich: 1) des Umfangs, 2) der Vergleichbarkeit, 3) der Beweggründe für bestimmte Verhaltensweisen, und 4) der Zugänglichkeit.

In ganz Europa wurden verschiedene Politikmaßnahmen und Initiativen umgesetzt, um das Rauchen einzudämmen. Die Politikkonzepte Irlands, Großbritanniens, Norwegens und Islands erweisen sich als die wirksamsten, was den Rückgang der nationalen RaucherInnenquoten in den Jahren 1985-2005 anbelangt: Die Häufigkeit von Zigarettenkonsum ging um 20-25 % zurück. Den geringsten Erfolg hatten die Maßnahmen Luxemburgs, Rumäniens und Lettlands. Irland agierte als Vorreiter hinsichtlich eines Rauchverbots auf öffentlichen Plätzen, gefolgt von Norwegen, Malta und Italien. Zwar sind noch weitere Untersuchungen zur Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit nationaler Anti-Tabak-Strategien erforderlich, doch gibt es deutliche Anzeichen dafür, dass die Anhebung der Zigarettenpreise und Tabaksteuern sowie die Einführung flächendeckender NichtraucherInnenchutzgesetze erfolgreich zum Rückgang der RaucherInnenquoten beitragen. Angesichts steigender Quoten unter jüngeren Menschen in vielen Ländern erweisen sich weitere, auf Jugendliche abgestellte Politikmaßnahmen als unerlässlich; es müssen Wirkungsstudien zu aktuellen Anti-Tabak-Maßnahmen, die speziell auf Kinder und Jugendliche abzielen, durchgeführt werden. Zahlreiche Untersuchungen weisen außerdem auf eine Verbindung zwischen dem sozioökonomischen Status und den Rauchgewohnheiten hin – so ist die RaucherInnenquote in unteren sozioökonomischen Gruppen in allen Ländern höher. Die Politikmaßnahmen müssen dieses Faktum berücksichtigen und sich vermehrt an stärker benachteiligte Gruppen wenden. Ein ermutigendes Indiz aus ersten Untersuchungsergebnissen lautet, dass neuere Maßnahmen zur Eindämmung von Tabakkonsum die gesundheitlichen Ungleichheiten reduzieren konnten.

Auf einzelstaatlicher Ebene wurde in vielen Ländern quer durch die EU erneut ein starkes Augenmerk auf das Problem der Obesität gerichtet, wie an entsprechenden öffentlichen Gesundheitsprogrammen deutlich wird. Sie zielen in erster Linie auf die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und die Förderung körperlicher Bewegung ab. Viele Länder haben die Dringlichkeit des Problems der Fettleibigkeit unter Kindern erkannt und entsprechende Schwerpunktprogramme für Schulkinder ins Leben gerufen. Mehrere Länder, darunter Schweden, Belgien, die Niederlande und Irland, haben Beschränkungen für auf Kinder ausgerichtete Werbung für nährwertarme Produkte ergriffen. Die Schwierigkeit, eine Bewertung der Wirksamkeit einzelstaatlicher Politikinterventionen im Kampf gegen Obesität anzustellen, behindert bislang den Aufbau einer EU-weiten Strategie. Einer EU-weiten Politik kommt eine immense Bedeutung zu, da Obesitätsraten von der transnationalen Beschaffenheit einiger relevanter Aspekte – z. B. der Lebensmittelherstellung und landwirtschaftspolitischer Faktoren – beeinflusst werden. Mit Spannung werden die Ergebnisse der 2005 von der Europäischen Kommission durchgeführten Anhörung zum Thema "Gesunde Ernährung und körperliche Bewegung" erwartet, die in ein entsprechendes Grünbuch einfließen sollen.

Das WHO-Büro Venedig kam nach der Analyse verschiedener Gesundheitssysteme zum Schluss, dass Gesundheitsfürsorge zur Verringerung von Armut und gesundheitlicher Benachteiligung beitragen kann (Ziglio et al. 2003):

1. Indem sie dem "inverse care law" durch Verbesserungen in Bezug auf Reichweite, Betreuungsansprüche und den geografischen und kulturellen Zugang sowie durch eine ausgewogene Ressourcenallokation entgegenwirkt

2. Indem sie verhindert, dass Gesundheitsversorgung aufgrund der finanziellen Belastungen zum Armutsfaktor wird
3. Indem sie dem Effekt sozioökonomischer Unterschiede im Gesundheitswesen entgegensteuert, z. B. durch die Bereitstellung von Heranführungsdiensten für Obdachlose, Angehörige ethnischer Minderheiten oder sonstige in Armut lebende Menschen
4. Indem sie allgemeine Einflussfaktoren von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich durch die Förderung sektorenübergreifender Herangehensweisen bekämpft.

4.1 Erkenntnisse

Die drei wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Peer Review betreffen:

1. die Bedeutung der Prävention
2. das Vorliegen des "Inverse care law"
3. die Probleme der Zukunftsfähigkeit und die Rolle von Zuzahlungsmodellen

In der Tat steht jedes Land vor der Schwierigkeit, Politikkonzepte zu finden, die einen nachhaltigen Zugang zu gerechten und wirksamen Gesundheitsdiensten für alle gewährleisten und den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung verbessern können. Zur Erreichung dieses übergeordneten Ziels stellen sich folgende Zwischenziele:

- Umsetzung von Politikmaßnahmen zur Ausweitung der Versorgungsabdeckung, insbesondere für benachteiligte Gruppen und ethnische Minderheiten
- Bedarfsermittlung in verschiedenen Gruppen (Ältere, Kinder, Minderheiten, MigrantInnen usw.)
- Reduzierung geografischer Ungleichheiten, sei es unter Regionen, zwischen Stadt- und Landgebieten oder zwischen ärmeren und reicheren Zonen
- Umgestaltung der Dienste zur Verstärkung von Prävention
- Verkürzung der Wartezeiten
- Verbesserte Aufklärung, im Hinblick nicht nur auf die Wirksamkeit verschiedener Gesundheitsdienste, sondern auch auf die Kostenwahrheit in der Gesundheitsversorgung
- Effizienzsteigerung und Abbau von Verschwendung
- Verstärkung des Stellenwerts der Begutachtung von Gesundheitstechnologien
- Umsetzung sektorübergreifender Politikkonzepte
- Verbesserung der Datenerfassung und, damit zusammenhängend, verstärktes Monitoring der verschiedenen Politikinstrumente

Literatur

Alber, J. / Kohler, U. (2004). Health and care in an enlarged Europe. Dublin, European foundation for the improvement of working and living conditions.

Asthana, S. / Gibson, A. / Moon, G. / Brigham, P. / Dicker, J. (2004). The demographic and social class basis of inequality in self-reported morbidity: an explanation using the Health Survey for England. *J Epidemiol Community Health* 58: 303-307.

Auvray L. / Doussin A. / Le Fur P. (2003). "Santé, soins et protection sociale en 2002." IRDES, Paris.

Balabanova, D. C. / McKee, M. (2002). Self-reported health in Bulgaria: levels and determinants. *Scand J Public Health* 30(4): 306-312.

Barr, N. (1999). Health and health care in the post Communist countries. *Eurohealth* 4 (6).

Becker, N. / Boyle, P. (1997). Decline in mortality from testicular cancer in West Germany after reunification. *Lancet* 350:744.

Berkman, L.F. / Glass, T.A. (2000). "Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health", in Berkman, L.F. / Kawachi, I. (eds) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press

Bobak, M. / Marmot, M. (1996). East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ*; 312: 421-425.

Bobak, M. / Pikhart, H. / Hertzman C. / Rose, R. / Marmot, M. (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med* 51: 1343–1350.

Bobak, M. / Skodova, Z. / Pisa Z. / Poledne, R. / Marmot, M. (1997). Political changes and trends in cardiovascular risk factor in the Czech Republic, 1985-92. *J Epidemiol Community Health* 51, 272-7.

Bojan F. / Hajdu P. / Belicza E. (1991). Avoidable mortality. Is it and indicator of quality of medical care in Eastern European countries. *Qual Assur Health Care*; 3: 191-203.

Borrel, C. / Muntaner, C. / Benac, J. / Artazcoz. L. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household, material standards and household labour? *Soc Sci Med* 58: 1869-1887.

Botha J.L. / Bray F. / Sankila R. / Parkin D.M. (2003). Breast cancer incidence and mortality trends in 16 European countries. *Eur J Cancer*. Aug;39(12):1718-29.

Boyle P. / d'Onofrio A. / Maisonneuve P. / Severi G. / Robertson C. / Tubiana M. / Veronesi U. (2003). Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about? *Ann Oncol*. Aug;14(8):1312-25.

Boyle P. (2005). Breast cancer control: signs of progress, but more work required. *Breast*. Dec;14(6):429-38.

Boys R.J. / Forster D.P. / Jozan P. (1991). Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of eastern Europe. *BMJ*;303:879-83

- Britton, A. / McKee, M. (2000). The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *J Epidemiol Community Health* 54:328-32.
- Broekmans J.F. / Migliori G.B. / Rieder H.L. et al. (2002). European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. *Eur Respir J*; 19: 765–775.
- Carr-Hill R.A. / Hardman G.F. / Russell I.T. (1987). Variations in avoidable mortality and variations in health care resources. *Lancet*;i:789-92.
- Charlton, J. R. / R. M. Hartley et al. (1983). "Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales." *Lancet* i(691-6).
- Coleman M.P. / Gatta G. / Verdecchia A. / Esteve J. / Sant M. / Storm H. / Allemani C. / Ciccolallo L. / Santaquilani M. / Berrino F. EURO CARE Working Group. (2003) EURO CARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol* 14: v128-v149.
- Commission of the European Communities (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Luxembourg, Commission of the European Communities: 86.
- Cornia, G.A. / Addison, T. / Kiiski, S. (2003). Income distribution changes and their impact in the post-World War II period. Discuss paper 2003/28. Helsinki: World Institute for Development Economics Research.
- Couffinal A, Paris V (2003) "Cost sharing in France". IRDES, Paris.
- Czapinski J. / Panek T. (2004). "Social diagnosis 2003: objective and subjective quality of life in Poland. Warsaw, University of Finance and Management Press.
- Dahlgren G. / Whitehead M. (2006). "Leveling up (part 2): a discussion paper on European Strategies for tackling social inequalities in health." WHO Copenhagen, Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).
- Dalstra, J. A. A. / Kunst, A. E. / Borrell, C. / Breeze, E. / Ambois, E. / Costa, G. / Geurts, J.M.M. / Lahelma, E. / Van Oyen, H. / Rasmussen, N.K. / Regidor, E. / Spadea, T. / Mackenbach, J.P. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol* 34(2): 316-326.
- Dehne K.L. / Riedner G. / Neckermann C. / Mykyev O. / Ndowa F.J. / Laukamm-Josten U. (2002). A survey of STI policies and programmes in Europe: preliminary results. *Sex Transm Infect.* 78(5):380-4.
- Demographic and Health Survey (DHS) 1998
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/english/1998turkishsurvey1.htm#Tables>
- Didkowska, J. / Manczuk, M. / McNeil, A. / Powles, J. / Zatonski, W. (2005). Lung cancer mortality at age 35-54 in the European union: ecological study of evolving tobacco epidemics. *BMJ* 331: 189-191.
- Eiser, JR. / Morgan, M. / Gammage, P. / Gray, E. (1989). Adolescent smoking: attitudes, norms and parental influence. *British Journal of Social Psychology*, 28: 193-202.
- EISS (2006) European Influenza Surveillance Scheme. Annual report: 2004-2005 influenza season. Utrecht, Niederlande. NIVEL
- Engels, R.C. / Knibbe, R.A. / de Vries, H. / Drop, M.J. (1998). Antecedents of smoking cessation

- among adolescents: who is motivated to change? *Preventive Medicine*, 27(3): 348-357.
- Erdem, G. (2003). Perinatal mortality in Turkey. *Paediatric & Perinatal Epidemiology* Volume 17 Seite 17 - Januar
- EuroHIV (2005) HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report, n°72 (draft) http://www.eurohiv.org/reports/index_reports_eng.htm
- Europäische Kommission (2004). The citizens of the European Union and sport, European Commission: Special Eurobarometer.
- European Respiratory Society (2003). The European Lung White Book: The first comprehensive survey on respiratory health in Europe.
- EuroTB (2006) EuroTB and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2004, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, Frankreich.
- Fagerstrom, K. / Boyle, P. / Kunze, M. / Zatonski, W. (2001). The anti-smoking climate in EU countries and Poland. *Lung Cancer* 32: 1-5.
- Fagot-Campagna A. / Bourdel-Marchasson I. / Simon D. (2005). Burden of diabetes in an aging population: prevalence, incidence, mortality, characteristics and quality of care. *Diabetes Metab. Dec*;31 Spec No 02:05S35-5S52. Review
- Farchi, S. / Molino, N. / Giorgi Rossi, P. / Borgia, P. / Krzyzanowski, M. / Dalbokova, D. / Kim R. / European Road Accident Indicator Working Group (2006). Defining a common set of indicators to monitor road accidents in the European Union *BMC Public Health* 6:183
- Farmer, P. E. / Kononets, A. S. / Borisov, S. E. / et al. (1999). Recrudescence tuberculosis in the Russian Federation. In P. E. Farmer / L. B. Reichman / M. D. Iseman (eds). *The global impact of drug resistant tuberculosis*. Boston MA: Harvard Medical School/ Open Society Institute.
- FEANTSA's annual theme 2006, Bericht in deutscher Version, S. 2. Verfügbar auf: <http://www.feantsa.org/code/en/theme.asp?ID=2>
- Firat, D. (1996). Tobacco and cancer in Turkey. *J Environ Pathol Toxicol Oncol*, 15: 155-60.
- French, KM / Jones K. (2006). Impact of definition on the study of avoidable mortality: geographical trends in British deaths 1981-1998 using Charlton and Holland's definitions. *Soc Sci Med.* 62(6):1443-56.
- Grabka M. / Schreyogg J. / Busse R, (2005). "Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse." Berlin:DIW Discussion paper 506.
- Hajdu, P. / McKee, M. / Bojan, F. (1995). Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and in England and Wales. *Eur J Public Health* 5:259-64.
- Hart JT, (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1976(96): 405-412.
- Harvey JN / Craney L. / Kelly D. (2002). Estimation of the prevalence of diagnosed diabetes from primary care and secondary care source data: comparison of record linkage with capture-recapture analysis. *J Epidemiol Community Health.* Jan;56(1):18-23.

Hastings, G.B. / Aitken, P.P. (1995). Tobacco advertising and children's smoking: a review of the evidence. *European Journal of Marketing*, 29(11): 6-17.

Hauner H. / Koster I. / von Ferber L. (2003). Prevalence of diabetes mellitus in Germany 1998-2001. Secondary data analysis of a health insurance sample of the AOK in Hesse/KV in Hesse *Dtsch Med Wochenschr.* Dec 12;128(50):2632-7. Deutsch.

Health status and living conditions network (2005). Health status and living conditions in an enlarged Europe. Final report.

Health status and living conditions network (2006). Policy brief No 3. Are rates of sexually transmitted infections increasing in Europe? What policy action should be taken?

Healy J. / McKee M. (2004). Different people, different services? In Healy J. / McKee M. *Accessing health care: responding to diversity*. Oxford Medical Publications.

Hemmingsson T. / Lundberg, I. (2005). How far are socioeconomic differences in coronary heart disease hospitalisation, all-cause mortality and cardiovascular mortality among adult Swedish males attributable to negative childhood circumstances and behaviour in adolescence? *Int J Epidemiol* 34(2): 260-267.

Hernandez Quevedo, C. A. Jones / A. Lopez Nicolas / N. Rice (2005). "Socioeconomic inequalities in health: a comparative longitudinal analysis using the European Community Household Panel." ECUity Project III, Working Paper #31.

Holland, W. W. / E. Breeze (1985). The performance of health services. *The Political Economy of Health and Welfare: the twenty-second annual symposium of the Eugenics Society*, London, MacMillan Press.

Holland, W. W. / A. P. Fitzgerald et al. (1994). "Heaven can wait." *Journal of Public Health Medicine* 16: 321-30.

Holland, W. W., Ed. (1988). *European Community atlas of 'avoidable death'*. Commission of the European Communities Health Services Research Series No.3. Oxford, Oxford University Press.

Holland, W. W., Ed. (1991). *European Community atlas of 'avoidable death'*. Commission of the European Communities Health Services Research Series No.6. Oxford, Oxford University Press.

Holland, W. W., Ed. (1993). *European Community atlas of 'avoidable death'*. Commission of the European Communities Health Services Research Series No.9. Oxford, Oxford University Press.

Holland, W. W., Ed. (1997). *European Community atlas of 'avoidable death' 1985-89*. Oxford, Oxford University Press.

Huisman, M. / A.E. Kunst / J.P. Mackenbach (2003). "Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview." *Social Science and Medicine* 57: 861-873.

Huisman, M. / A.E. Kunst / O. Andersen / M. Bopp / J.K. Borgan / C. Borrell / G. Costa / P. Deboosere / G. Desplanques / A. Dorkin / S. Gadeyne / C. Minder / E. Regidor / T. Spadea / T. Valkonen / J.P. Mackenbach (2004). "Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations." *Journal of Epidemiology Community Health* 58: 468-475.

Huisman, M. / Kunst, A.E. / Mackenbach, J.P. (2005). Inequalities in the prevalence of smoking in the

European Union: comparing education and income. *Prev Med* 40: 756-764.

International Diabetes Federation (2004) Diabetes in Europe. Towards a European Framework for Diabetes Prevention and Care EU Workshop Proceedings, Dublin, 8. April 2004 <http://www.idf.org/webdata/docs/DiabetesWorkshopProceedingsJune2004.pdf>

International Diabetes Federation (2005) Diabetes: The Policy Puzzle: Towards Benchmarking in the EU 25

International Obesity Task Force and the European Association for the Study of Obesity (2002). Obesity in Europe: the case for action.

International Obesity task force and the European association for the Study of Obesity (2005). EU Platform on diet, physical activity and health.

Joosens L. (2004). Effective tobacco control in 28 European countries. Brüssel: European Network for Smoking Prevention <http://www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf>

Judge K. et al. (2005). Health inequality: a challenge for Europe. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/83/04121583.pdf>

Kasje, W.N. / Timmer, J.W. et al. (2002) "Dutch GPs' perceptions: the influence of out-of pocket costs on prescribing." *Soc Scien Med*, 55(9): 1571-8.

Kawachi, I. / Kennedy, B.P. / Lochner, K. / Prothrow-Smith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health*; 87, 1491-8.

Kessler, R. C. / House, J.S. / Turner, J.B. (1987). Unemployment and health in a community sample. *J Health Soc Behav* 28(1): 51-9.

Kopp, M. / Csoboth, C.T. / Rethelyi, J. (2004). Psychosocial determinants of premature health deterioration in a changing society: the case of Hungary. *J Health Psychol* 9(1): 99-109.

Koupilová, I. / McKee, M. / Holčík, J. (1998). Neonatal mortality in the Czech Republic during the transition. *Health Policy* 46:43-52.

Kristenson, M. / Kucinskiene, Z. (2002). Possible causes of differences in coronary heart disease mortality between Lithuania and Sweden: the LiVicordia Study. In G. Weidner / M. Kopp / M. Kristenson ed. *Heart Disease: Environment, Stress, and Gender*. Amsterdam, IOS Press, pp. 328–340.

Kunst, A.E. / Lahelma, V. / Bartly, E. / Lissau, M. / Regidor, I. / Mielk, E. / Cardano, A. / Dalstra, M. / Geurts, J.A.A. / Helmert, U. / Lennartsson, C. / Ramm, J. / Spadea, T. / Stronegger, W.J. / Mackenbach, J.P. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 34(2): 295-306.

Lahelma, E. / Martikainen, P. / Laaksonen, M. / Aittomaki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Comm Health* 58: 327-332.

Leinsalu, M. (2002). Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med*, 55(5): 847-861.

Leinsalu, M. / Vagero, D. / Kunst, A.E. (2003). Estonia 1989-2000: enormous increase in mortality differences by education. *Int J Epidemiol* 32: 1081-1087.

Lejeune, P. / Yannis, G. / Papadimitriou, E. / Houwing, S. (2005). Workshop on statistics on the volume of road traffic (vehicle x kilometers) Developing a common framework for the collection of Risk Exposure Data in Europe within the SafetyNet IP The European Road Safety Observatory <http://www.unece.org/trans/doc/2005/wp6/AC5-inf01e.pdf>

Levi, F. / La Vecchia, C. / Boyle, P. / Lucchini, F. / Negri, E. (2001). Western and eastern European trends in testicular cancer mortality. *Lancet* 357, 1853-4.

Levi, F. / Lucchini, F. / Negri, E. / Franceschi, S. / la Vecchia, C. (2000). Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *Eur J Cancer* 36: 2266-71.

Loddenkemper R. / Gibson G.J. / Sibille Y. (2004) Editorial: The burden of lung disease in Europe: data from the first European White Book Breathe Volume 1 No 1

Louckx F et al. (2001). "Socioeconomic differences in health and access to health care." *Archives of Public Health*, 59: 239-263.

Louckx F, (2002). Patient cost sharing and access to healthcare, in eds. Mackenbach J. / Bakker M., *Reducing inequalities in health: a European perspective*. Routledge, London & New York

Loud, M.L. (1997). Sad or bad: young people's perceptions of peer groups and smoking. *Health Education Research*, 12: 1-14.

Low, N. (2004). Current status of chlamydia screening in Europe. *Eurosurveillance*. VOL. 9 Issue 10 - 12

Lusignan S. / Sismanidis C. / Carey I.M. / DeWilde S. / Richards N. / Cook D.G. (2005). Trends in the prevalence and management of diagnosed type 2 diabetes 1994-2001 in England and Wales. *BMC Fam Pract*. Mar 22;6(1):13.

Lynch, J. / Smith, G.D. / Hillemeier, M / Shaw, M. / Raghunathan, T. / Kaplan, G. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet* 358: 194-200.

Macinko J.A. / Starfield B. (2002). Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health*. Apr 22;1(1):1.

Mackenbach JP. (1996). The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *J Clin Epidemiol* ;49:1207-13.

Mackenbach, J.P. / Bos, V. / Andersen, O. / Cardano, M. / Costa, G. / Harding, S. / Reid, A. / Hemstrom, O. / Valkonen, T. / Kunst, A.E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries. *Int J Epidemiol* 32: 830-837.

Mackenbach, J.P. / Huismna, M. / Andersen, O. / Bopp, M. / Borgan, J.K. / Borrell, C. / Costa, G. / Deboosere, P. / Donkin, A. / Gadeyne, S. / Minder, C. / Regidor, E. / Spadea, T. / Valkonen, T. / Kunst, A.E. (2004). Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European countries. *Eur J Cancer* 40: 126-135.

Mackenbach, J.P. / Kunst, A.E. / Groenhof, F. / Borgan, J.K. / Costa, G. / Faggiano, F. / Jozan, P. / Leinsalu, M. / Martikainen, P. / Rychtarikova, J. / Valkonen, T. (1999). Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health* 89(12): 1800-1806.

Mackenbach, J.P. / Looman, C.W.N. / Kunst, A.E. / Habbema, J.D. / F. / van der Maas, P.J. (1988). Post-1950 mortality trends and medical care: gains in life expectancy due to declines in mortality from conditions amenable to medical intervention in The Netherlands. *Soc Sci Med* 27: 889-9.

Mackenbach, J.P. / M.H. Bouvier-Colle et al. (1990). "'Avoidable' mortality and health services: a review of aggregate data studies." *Journal of Epidemiology and Community Health* 44: 106-11.

Mackenbach, J. P. / Martikainen, P. / Looman, C.W.N. / Dalstra, J.A.A. / Kunst, A.E. (2005). The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *Int J Epidemiol* 34(2): 286-292.

Mackenbach, J.P. / Bakker, M.J. / Kunst, A.E. / Diderichsen, F. (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In J.P. Mackenbach / M.J. Bakker, eds. *Reducing inequalities in health*. Routledge London & New York.

Mackenbach, J.P. (2006). "Health Inequalities: Europe in profile." Report for the UK presidency of the EU 2006. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf>

Mäkelä, P. et al (2005). "Drinking and gender differences in drinking in Europe. A comparison of drinking patterns in European countries' in Bloomfield et al *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study*." <http://www.genacis.org>

Markina, S.S. / Maksimova, N.M. / Vitek, C.R. / Bogatyreva, E.Y. / Monisov, A.A. (2000). Diphtheria in the Russian Federation in the 1990s. *J Infect Dis* 181(Suppl 1): S27-34.

Marmot, M. (1999). Introduction. In M. Marmot / R.G. Wilkinson eds. *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365: 1099-1104.

Marmot, M. / Wilkinson, R.G. eds. (1999). *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford.

Marmot, M. / Bobak, M. (2000). International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ* 321: 1124-1128.

Masoli M. / Fabian D. / Holt S. / Beasley R (2004). Global burden of asthma. <http://www.ginasthma.com/ReportItem.asp?l1=2&l2=2&intId=94>

Masseria, C. / Koolman, X. / Van Doorslaer, E. (2004). Income related inequality in the probability of a hospital admission in Europe. *ECuity Project III Working Paper, No.13*.

Matic, S. (2006). Twenty-five years of HIV/AIDS in Europe in *HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management*. Matic S. Lazarus J. V. & Donoghoe, M. C. (Eds) WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

McKee, M. / Adany, R. / MacLehose, L. (2004). Health status and trends in candidate countries. In M. McKee / L. MacLehose / E. Nolte (Eds.) *Health Policy and European enlargement*. Copenhagen. European Observatory on Health Systems and Policies.

McKee, M. / Shkolnikov, V. (2001). Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *BMJ* 323:1051-5.

Meslé, F. (2002). Mortality in eastern Europe and the former Soviet Union: long-term trends and

recent upturns. Paper presented at IUSSP/MPIDR Workshop “Determinants of diverging trends in mortality”, Rostock, Deutschland.

Meslé, F. (2004). Demographic research. Research Article Mortality in Central and Eastern Europe: long-term trends and recent upturns

Micheli A et al (2003). European health systems and cancer care *Ann Oncol.* 14 Suppl 5:v41-60.

Mikulík J. (2004). The 6th European Transport Safety Lecture Road Safety in an enlarged Europe: challenges and opportunities for the 25 EU member states. <http://www.etsc.be/documents/Proceedings%2013%2010%2004.pdf>

Monden, C. (2004). Socioeconomic health inequalities in Latvia: a cross-sectional study. *Scand J Public Health* 32: 217-223.

Newey, C. / E. Nolte et al. (2003). Avoidable mortality in the enlarged European Union. Paris, Institut des Sciences de la Santé.

Nicoll, A. / Hamers, F.F (2002). Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *BMJ*;324;1324-1327

Nolte, E. / M. McKee (2004). Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. London, The Nuffield Trust.

Nolte, E. / Hort, A. / Koupilová, I. / McKee, M. (2000). Trends in neonatal and postneonatal mortality in the eastern and western parts of Germany after unification. *J Epidemiol Comm Health* 54:84-90.

Nolte, E. / McKee, M. / Gilmore, A. (2005). Morbidity and mortality in transition countries of Europe. In Macura M. / MacDonald A. / Haug W. (eds). *The new demographic regime. Population challenges and policy responses.* Genf: United Nations Economic Commission for Europe: 153-176.

Novotny, T. / Jha, P. / Nguyen, S. / Huffman, S. (2001). Tobacco control in the former Socialist economies of Europe and Central Asia. *Eurohealth* 4 (6), 1998/1999

OECD (2001). Ageing and transport. Mobility needs and safety issues. Paris.

Office for National Statistics (ONS) (2006) <http://www.statistics.gov.uk/default.asp>

Onat. A. (2001). Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis*, 156, 1-10.

Parkin D.M. / Fernandez L.M. (2006). Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. *Breast Jan-Feb;12 Suppl 1:S70-80*

Passa, P. (2002). Diabetes trends in Europe. *Diabetes Metab Res Rev*; 18: S3–S8.

Pikhart, H. (2001). *Social and Psychosocial Determinants of Self-rated Health in Central and Eastern Europe.* Boston: Kluwer Academic Publishers.

Platt, L. / McKee, M. (2000). Observations of the management of sexually transmitted diseases in the Russian Federation: a challenge of confidentiality, *Int J STD AIDS*, 11:563–7.

Pomerleau, J. / McKee, M. / Robertson, A. / Kadziauskiene, K. / Abaravicius, A. / Vaask, S. (2001). Macronutrient and food intake in the Baltic republics. *Eur J Clin Nut*, 55:200-7.

Powles, J.W. / Zatonski, W. / Hoorn, S.V. / Ezzati, M. (2005). The contribution of leading diseases and risk factors to excess losses of healthy life in eastern Europe: burden of disease study. *BMC*

Public Health 5: 116.

Pudule, I. / Grinberga, D. / Kadziauskiene, K. / Abaravicius, A. / Vaask, S. / Robertson, A. / McKee, M. (1999). Patterns of smoking in the Baltic Republics. *J Epidemiol Comm Health* 53:277-83.

Razum, O., Akgun, S. and Tezcan, S. (2000). Cardiovascular mortality patterns in Turkey: what is the evidence? *Soz Praventivmed*, 45, 46-51.

Ricordeau P. / Weill A. / Vallier N. / Bourrel R. / Schwartz D. / Guilhot J. / Fender P. / Allemand H. (2003). The prevalence and cost of diabetes in metropolitan France: what trends between 1998 and 2000?* *Diabetes Metab. Nov*;29(5):497-504.

Roemer, J. (1995). Equality and responsibility. *Boston Review* 22(2)

Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Soc Sci Med*, 51: 1421-35.

Rutstein, D. D. / W. Berenberg et al. (1976). "Measuring the quality of medical care." *New England Journal of Medicine* 294: 582-8.

Saltman, I. / Yilmaz, T. / Sengul, A. et al. (2002). Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey, *Diabetes Care*, 25(9): 1551-6.

Short, J. (2001). ECMT work on road safety. Vortrag auf der internationalen Konferenz zu "Traffic Safety – a Common Task for the Integrated Europe"; 3./4. September 2001, Budapest, Ungarn. <http://www.cemt.org/online/speeches/JSsafe01.pdf>

Silventoinen, K. / Pankow, J. / Jousilahti, P. / Hu, G. / Tuomilehto, J. (2005). Educational inequalities in the metabolic syndrome and coronary heart disease among middle-aged men and women. *Int J Epidemiol* 34(2): 327-334.

Spritzer, D. A. (2004). Obesity epidemic migrates east. *CMAJ* 171 (10).

Steliarova-Foucher E. / Stiller C. / Kaatsch P. / Berrino F. / Coebergh J.W. / Lacour B. / Parkin M. / Passa, P. (2004). Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project): an epidemiological study *Lancet*. 2004 Dec 11-17;364(9451):2097-105.

Stene L.C. / Midthjell K. / Jenum A.K. / Skeie S. / Birkeland K.I. / Lund E. / Joner G. / Tell G.S. / Schirmer H. (2004). Prevalence of diabetes mellitus in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen*. Jun 3;124(11):1511-4.

Stern, V. (1999). Sentenced to die. The problem of TB in prisons in Eastern Europe and central Asia. London: International Centre for Prison Studies, Kings College London.

The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2005) Mapping the Issues. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom. London: Health Protection Agency Centre for Infections

Thomson, S. / Mossialos, E. (2004). "What are the equity, efficiency, cost-containment and choice implications of private health care funding in Europe?" WHO Europe, Health Evidence Network.

Tyas, S.L. / Pederson, L.L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7: 409-420.

Tyczynski J.E. / Plesko I. / Aareleid T. / Primic-Zakelj M. / Dalmas M. / Kurtinaitis J. / Stengrevics A. / Parkin D.M. (2004). Breast cancer mortality patterns and time trends in 10 new EU member states: Mortality declining in young owmen but still increasing in the elderly. In *J. Cancer*: 112, 1056–1064

Tyczynski, J.E. / Bray, F. / Parkin, D.M. (2002). Lung cancer in Europe. European Network of Cancer Registries (ENCR); International Agency for Research on Cancer Vol.1.

Ubink-Veltmaat L.J. / Bilo H.J. / Groenier K.H. / Houweling S.T. / Rischen R.O. / Meyboom-de Jong B. (2003). Prevalence, incidence and mortality of type 2 diabetes mellitus revisited: a prospective population-based study in The Netherlands (ZODIAC-1). *Eur J Epidemiol.*;18(8):793-800.

UCB Institute of Allergy (2004) European Allergy White Paper. Unal, B. / Critchley J.A. / Capewell S. (2005). Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ* 331;614

Unal B. / Critchley J.A. / Capewell S. (2005). Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ* Sep 17;331(7517):614.

UNDP (2003) Human Development Report 2003. United National Development Programme, New York/Oxford: Oxford University Press.

Van Doorslaer, E. / Masseria, C. / OECD Health Equity Research Group Members (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. *OECD Health Working Papers*, No 14.

Van Doorslaer, E. / Masseria, C. / Koolman, X. (2005). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. *CMAJ* 174, 177-183.

Vartiainen, E. / Jousilahti, P. / Alfthan, G. / Sundvall, J. / Pietinen P. / Puska P. (2000). Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972–1997 *International Journal of Epidemiology*; 29:49–56

Veen J. / Godinho J. (2006). HIV and TB: a critical coinfection in HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management. Matic S. / Lazarus J.V. / Donoghoe, M. C. (Eds). WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen

Velkova, A. / Wolleswinkel-van den Bosch, J. H. / Mackenbach, J. P. (1997). The east-west life expectancy gap: Differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *Int J Epidemiol* 26: 75-84.

Walter S. / Suhrcke M. (2005). Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of recent literature. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1)

Westerling, R. (1992). "'Avoidable' causes of death in Sweden 1974-85." *Quality Assurance in Health Care* 4: 319-28.

White, S. (1996). *Russia goes dry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Whitehead M. / Dahlgren G (2006). "Leveling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health." WHO Kopenhagen, Regional Office for Europe 9. *Studies on social and economic determinats of population health* No. 2).

- WHO (2001). What in the world works? International Consultation on Tobacco and Youth. Singapor, 28.-30. September 1999.
- WHO (2004a). Changing History. The World health Report 2004. Genf, Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- WHO (2004b). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HSBC)study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescent, No. 4.
- WHO (2005a). Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. Genf
- WHO (2005b). Weekly Epidemiological Record 19 AUGUST No. 33, 2005, 80, 277–288
<http://www.who.int/wer>
- WHO (2006a). Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases fact sheet
http://www.who.int/respiratory/gard/GARD_Fact_Sheet.doc
- WHO (2006b). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Genf, WHO (WHO/HTM/TB/2006.362).
- WHO Regional Office for Europe (2001). Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies. Kopenhagen
- WHO Regional Office for Europe (2004). Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Kopenhagen
- WHO Regional Office for Europe (2005). The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Kopenhagen
- WHO Regional Office for Europe (2006a). Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done. Kopenhagen
- WHO Regional Office for Europe (2006b). 10 Things you need to know about obesity. Kopenhagen. Verfügbar auf: http://www.euro.who.int/Document/NUT/ObesityConf_10things_Eng.pdf
- WHO Regional Office for Europe (2006c). Health for All database. Kopenhagen
- WHO Tobacco or Health Programme. Tobacco or health: a global status report. Country profiles by region. <http://www.cdc.gov/tobacco/who/cyprus.htm>
- Wiegand S. / Maikowski U. / Blankenstein O. / Biebermann H. / Tarnow P. / Gruters A. (2004). Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in European children and adolescents with obesity – a problem that is no longer restricted to minority groups. Eur J Endocrinol. Aug;151(2):199-206.
- Wilkinson, R. / Marmot, M. (2005). Social determinants of health. The solid fact. Second edition. WHO, Europe.
- Wittchen H-U. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology. 15: 357-376.
- World Drug Report (2005). Wien, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html
- Yarnell, J. / Yu, S. / McCrum, E. / Arveiler, D. / Haas, B. / Dallongeville, J. / Montaye, M. / Amouyel, P

/ Ferrieres, J. / Ruidavets, J-B. / Evans, A. / Bingham, A. / Ducimetiere P.; für die PRIME Study Group (2005). Education, socioeconomic and lifestyle factors, and risk coronary health diseases: the PRIME Study. *Int J Epidemiol* 34(2): 268-275.

Yusuf S. / Hawken S. / Ounpuu S. / Dans T. / Avezum A. / Lanas F. / McQueen M. / Budaj A. / Pais P. / Varigos J. / Lisheng L; INTERHEART Study Investigators (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*; 364: 937-52

Zatonski, W. / Smans, M. / Tyczynski, J. und Boyle, P. (1996). Atlas of Cancer Mortality in Central Europe. IARC Scientific Publications No. 134. Lyon, Frankreich, International Agency for Research on Cancer.

Zatoński, W.A. / Boyle, P. (1996). Health transformations in Poland after 1988. *J Epidemiol Biostat* 1:183-7.

Ziglio et al. (2003). Health systems confront poverty. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1)

Zok K. (2005). Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten, *WIdO-monitor* Ausgabe 2/2005, S. 1-7.