



dest eine gewisse Offenheit für solche Ideen vorhanden zu sein. Thomas Bergström, Direktor des schwedischen Verbands der Pharmaindustrie LIF, betonte 2010 auf einer Konferenz in Uppsala, dass die übliche Fokussierung auf hohe Verkaufszahlen bei Antibiotika fehl am Platz sei. „Anreize, welche die finanziellen Einnahmen vom Verkauf des Produktes trennen, sind der einzige Weg, um dieses Verhalten zu ändern.“⁶ Möglicherweise sei man dann sogar bereit,

ganz auf Werbung zu verzichten, um den Verbrauch nicht anzukurbeln. (CW)

- 1 ECDC/EMA (2009) Joint Technical Report „The bacterial challenge: time to react“. Estimates based on bacteria most frequently isolated from blood cultures in Europe. www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2009/11/MVC500008770.pdf
- 2 Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance(2011) Status Update April 2011 www.era.gv.at/attach/JPIAMR-StatusUpdateApril2011.pdf
- 3 European Commission (2011) Action Plan against antimicrobial resistance: Commission unveils 12 concrete actions for the next five years. Press release 17.11. [http://](http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/1359)

- 4 European Commission (2011) Communication from the Commission to the European Parliament and the Council: Action plan against the rising threats from Antimicrobial Resistance. COM (2011) 748. http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/communication_amr_2011_748_en.pdf
- 5 GlaxoSmithKline, Novartis, AstraZeneca, Merck und Pfizer
- 6 WHO (2011) Race against time to develop new antibiotics. Bulletin of the World Health Organization; 89, S. 88–89 www.who.int/bulletin/volumes/89/2/11-030211/en/index.html
- 7 So AD et al. (2011) Towards new business models for R&D for novel antibiotics. Drug Resist Updat; 14(2), S. 88-94

Wenn Patienten selber zahlen müssen Debatte um Zuzahlungen in armen Ländern geht am Problem vorbei

Dass es ungerecht ist, die Kosten für ein Gesundheitssystem allein denen aufzubürden, die im Krankheitsfall Behandlung suchen, leuchtet ein. Nachdem viele Entwicklungsländer auf Druck der Weltbank und anderer internationaler Organisationen jahrelang Behandlungsgebühren von den PatientInnen verlangten, wenden sich nun immer mehr Länder des Südens von dieser Politik ab. Ein Ende 2011 erschienener Sonderband der Zeitschrift *Health Policy and Planning*¹ (HPP) widmet sich dem Thema der Abschaffung von Nutzergebühren bzw. Selbstbeteiligungen in Entwicklungsländern.

Der Band entstand unter Federführung des Antwerpener Institute of Tropical Medicine und enthält Studienergebnisse aus verschiedenen Ländern. Dabei stehen nicht so sehr die Darstellung empirischer Forschungsergebnisse und des Pro und Kontra von Direktzahlungen im Mittelpunkt, sondern Ansätze und Erfahrungen der Länder bei der Abschaffung von Zuzahlungen im Krankheitsfall. Damit wollen die beteiligten AutorInnen Erfahrungswissen aus fünf afrikanischen (Burkina Faso, Burundi, Mali, Ruanda, Uganda) und zwei asiatischen Ländern (Afghanistan und Nepal) für die Beratung politischer EntscheidungsträgerInnen in potenziellen Nachahmerstaaten liefern.

Die genauere Betrachtung der Beiträge ist allerdings ernüchternd. Was als „user fee removal“ angekündigt ist, entpuppt sich mancherorts nur als Abschaffung der Patientendirektzahlungen für

ausgewählte Leistungen – und das dann nicht einmal vollständig. Nur in Uganda und Ruanda sowie zumindest auf Distriktebene in Nepal erfolgte die breitere Abschaffung oder Reduzierung von Nutzergebühren in größerem Umfang. In den anderen Fällen geht es um isolierte Befreiungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen oder Gesundheitsprobleme, nämlich für Schwangere und Kleinkinder, für Behandlungen rund um die Geburt, ausschließlich für Leistungen der Grundversorgung oder für kostenlose Vorbeugemaßnahmen und Behandlungen ausgewählter Krankheiten wie HIV-AIDS, Malaria und Tuberkulose. Primäre Endpunkte der diversen Untersuchungen sind in erster Linie die Inanspruchnahmeraten nach Abschaffung der Zuzahlungen im Vergleich zu vorher. Dabei bestätigt sich regelmäßig der bekannte Effekt: Eine Verringerung der finanziellen Zugangsbarrieren zieht – zumindest vorübergehend –

eine gesteigerte Inanspruchnahme nach sich.

Wenn man die selektive oder eingeschränkte Abschaffung von Behandlungsgebühren betrachtet, kann man sich aber nicht auf die Auswirkungen auf die jeweilige Zielgruppe beschränken, sondern muss das gesamte Versorgungsgeschehen im Blick haben. Die Abschaffung von Selbstbeteiligungen, auch wenn sie nur bestimmten Bevölkerungs- bzw. Patientengruppen zu Gute kommt, entfaltet nämlich auch Auswirkungen auf die nicht begünstigten Bevölkerungsgruppen oder auf die Inanspruchnahme der Leistungen haben, die nicht von Zuzahlungen befreit sind. Unerwünschte Wirkungen und Risiken, die mit einer eingeschränkten „Abschaffung“ von Nutzergebühren verbunden sind, kommen allerdings in den diversen Beiträgen im HPP-Sonderheft gar nicht zur Sprache. Das ist überraschend, handelt es sich bei der selektiven Rücknahme der Selbstbeteiligungspolitik letztlich doch um eine Form der klassischen vertikalen gesundheitspolitischen Intervention, die zwar im engen Rahmen der angestrebten Ziele Wirksamkeit zeigen, aber darüber hinaus auch etliche unerwünschte Effekte haben kann. Das wird möglicherweise momen-



tan nicht so deutlich in den ärmsten Entwicklungsländern, wohl aber im chilenischen Gesundheitswesen, wo in Folge der Beschränkung von Zuzahlungen (und Wartezeiten) für bestimmte Krankheiten ein ganz eigener Markt zu deren Behandlung entstanden ist, der zu spürbaren Änderungen der Finanzflüsse geführt hat. Schon vor dieser relativ neuen Erfahrung war hinlänglich bekannt, dass auch die AnbieterInnen auf Zuzahlungen reagieren, indem sie ihren PatientInnen mit kostenfreien oder -günstigeren Maßnahmen entgegenkommen oder eben vermehrt andere Leistungen erbringen, die den Kostenträgern teuer zu stehen kommen. Die Priorisierung bestimmter Leistungen führt dazu, dass sich die Anbieter auf die entsprechenden Verfahren konzentrieren und die Behandlung anderer Krankheiten vernachlässigen. Solche Auswirkungen werden aber nur dann sichtbar, wenn man sie auch in Betracht zieht und erfasst. Genau das lassen aber die Beiträge in HPP vermissen. Sie sind von einer hinreichend komplexen, wirklichkeitstauglichen Analyse der Gesamteffekte von Zuzahlungsbefreiungen weit entfernt.

Es gelingt den AutorInnen einiger Beiträge zwar, gesundheitspolitisch interessante Schlussfolgerungen zu ziehen und Empfehlungen für die Abschaffung von Direktzahlungen der PatientInnen abzuleiten. Wirklich neue Erkenntnisse lassen sich jedoch nicht ausmachen. Auch der Versuch, Erfolg versprechende allgemeine politische Rahmenbedingungen für die Abschaffung von Eigenbeteiligungen zu formulieren, bleibt so abstrakt und unspezifisch, dass er sich auf jede Form von Gesundheitsreformpolitik anwenden ließe. Gerade im Hinblick auf die für ÖkonomInnen geradezu charakteristische, aber in den letzten zweieinhalb Jahrzehnten auch in der gesamten wissenschaftlichen Debatte über Nutzergebühren erkennbare Widersprüchlichkeit der

„internationalen wissenschaftlichen Evidenz“ scheint es wenig hilfreich, nationale EntscheidungsträgerInnen auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu verweisen. Schließlich fanden – und finden – sich in der Wissenschaft auch

Zum Weiterlesen: Holst.

www.wzb.eu/de/publikationen/discussion-paper

hinreichend viele BefürworterInnen für die umfassende Anwendung von Nutzergebühren. Die anhaltende Debatte über Sinn und Unsinn von Zuzahlungen in reicheren Ländern macht wenig Hoffnung, dass AnhängerInnen des Menschenbildes eines homo oeconomicus in Zukunft eine wissenschaftliche „Evidenz“ produzieren werden, die auf mehr als nur Modellrechnungen beruht. Allen zweifelhaften Annahmen

und der selbstreferenziellen Logik, die häufig in solche Modelle einfließen, zum Trotz, beeinflussen die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen beängstigend oft gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen.

Richtig ist ganz ohne Frage der Hinweis auf die Bedeutung von technischer und politischer Führung und von „robuster“ Gegenfinanzierung. Entscheidend ist dabei aber nicht nur, wie beides zu bewerkstelligen ist. Unter den aktuellen Bedingungen zunehmend ökonomisch und wirtschaftspolitisch bestimmter nationaler Politikvorgaben stellt sich die Frage, wie ein gesamtpolitischer Konsens zu erreichen ist.

Jens Holst

- 1 HPP (2011) User fee removal in the health sector in low-income countries. Vol. 26, suppl 2 http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2.toc

Lobby-Millionen Big Pharma investiert in EU-Politik

Jedes Jahr steckt Big Pharma mehr als 90 Millionen Euro in Lobby-Aktivitäten, um die EU-Politik in ihrem Sinne zu beeinflussen. Zu diesem Ergebnis kommt der Bericht: „Divide & Conquer“.¹

Für PolitikerInnen und BürgerInnen ist es von großer Bedeutung zu wissen, wie stark der Einfluss von Big Pharma auf Entscheidungen im Gesundheitswesen ist. Health Action International Europe (HAI) und die Organisation Corporate Europe Observatory (CEO) haben das Europäische Transparenz-Register deshalb kritisch unter die Lupe genommen und die Angaben von Big Pharma auf Herz und Nieren geprüft. Die Eintragungen im EU-Register wurden mit den Angaben im amerikanischen Register ins Verhältnis gesetzt, um Vergleichswerte zu haben.

In den USA ist es längst Pflicht. Jede Organisation, die bestimmte Interessen bei der amerikani-

schen Regierung vertreten will, muss sich in einem öffentlichen Register eintragen und Angaben zum Personaleinsatz sowie dem für die Lobbyarbeit ausgegebenen Geld machen. Im Rahmen der sogenannten Europäischen Transparenz-Initiative hat auch die Europäische Union ein solches Register eingeführt. Allerdings gibt es einen entscheidenden Nachteil: Die Registrierung und die Angaben zum Namen der MitarbeiterInnen, zur Höhe der investierten Gelder etc. sind freiwillig.

Wer macht die Pharma-Lobby?

Neben den Arzneimittelherstellern, die in Brüssel Lobby-Politik betreiben, sind es auch Pharma-Verbände sowie Beratungsagen-