

# Das spanische Gesundheitssystem

*Die ambulante ärztliche Versorgung wird zum größten Teil in Gesundheitszentren erbracht – Wartelisten und Überbelegungen im Kliniksektor*

von **Julia Bathelt**

Nach jahrzehntelanger Diktatur trat 1978 in Spanien eine neue Verfassung in Kraft, die auf einer parlamentarischen Monarchie basiert und in der das Recht aller Spanier auf Gesundheitsversorgung verankert wurde. Seit der Konstituierung dieser Verfassung wurde das spanische Gesundheitssystem immer wieder bedeutenden Veränderungen unterzogen. Zu den wichtigsten Umgestaltungen gehören die Transformation eines sozialen Sicherungssystems in ein Nationales Gesundheitssystem (1986) sowie die Dezentralisierung des Gesundheitssystems. Durch diesen Schritt wurde die Verantwortung von einer zentralen Verwaltung auf die 17 Regionen übertragen.

Die Zuständigkeiten auf der zentralen und regionalen Ebene sind folgendermaßen verteilt:

## **Nationales Gesundheitsinstitut**

Das Gesundheitsministerium ist verantwortlich für die Entwicklung der Gesundheitspolitik und koordiniert die öffentlichen Gesundheitsdienste. Ihm direkt unterstellt ist das Nationale Gesundheitsinstitut INSALUD. Zu den weiteren Aufgaben gehören die Regelung der ärztlichen Weiterbildung (gemeinsam mit dem Bildungsministerium), die Arzneimittelpolitik und die Standardisierung von medizinischen Produkten. Das Ministerium für Arbeit und Soziales legt die Finanzstruktur des sozialen Sicherungssystems sowie den Katalog der Gesundheitsleistungen fest.

Die regionalen Regierungen haben die Planungshoheit inne und verfügen über die Kapazitäten, um ihre eigenen Gesundheitsdienste zu organisieren. Allerdings haben bislang lediglich sieben Regionen sämtliche Kompetenzen erhalten, in den anderen zehn Regionen verwaltet das INSALUD nach wie vor einen Großteil der Gesundheitsdienste. Die Lokalregierungen haben seit der Dezentralisierung an Bedeutung verloren, da die meisten Kompetenzen auf die Regionen übertragen wurden.

## **Finanzierung aus Steuermitteln**

Das spanische Gesundheitswesen wird beinahe zu 100 Prozent aus Steuermitteln finanziert. Die Steuern werden überwiegend zentral erhoben, da die regionalen und lokalen Regierungen nur eine begrenzte fiskalische Autonomie besitzen. Der nicht einheitliche Dezentralisierungsprozess hat den Weg für ein fragmentarisches Finanzierungssystem frei gemacht und dazu geführt, dass es signifikante Probleme bei der Kontrolle der Gesundheitsausgaben gibt. Allerdings liegt Spanien bei den Gesundheitsausgaben mit 7,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes noch immer unter dem OECD-Durchschnitt von 8,4 Prozent (2001).

Während der 90er Jahre hat es einen überdurchschnittlichen Ausgabenzuwachs bei den Arzneimitteln gegeben. Das spanische Gesundheitssystem kennt weder im ambulanten noch im stationären Bereich

Selbstbeteiligungen – allerdings nur, wenn die Arztbehandlung in einem öffentlichen Gesundheitszentrum oder im Rahmen der nationalen Gesundheitsorganisation stattfindet. Der Anteil an den Gesundheitsausgaben, den die Spanier aus der eigenen Tasche bezahlen, lag 2002 bei 16,9 Prozent.

Nahezu die gesamte spanische Bevölkerung (knapp 95 Prozent) wird durch das Nationale Gesundheitssystem versorgt. Lediglich Freiberufler und Selbstständige sind nicht durch den Nationalen Gesundheitsdienst abgesichert. Aus diesem Grund spielen Krankenversicherungen in Spanien kaum eine Rolle. Nur etwa 10 Prozent sind freiwillig privat versichert. Zudem gibt es wenige staatlich geförderte Fonds exklusiv für Beamte und deren Angehörige, die frei zwischen privater oder öffentlicher Vorsorge wählen können.

Der erste Kontakt der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem findet beim Allgemeinarzt statt, der eine Lotsenfunktion innehat. Jeder Spanier muss sich bei einem Arzt einschreiben, den er nur mit spezieller Begründung wechseln kann. Um kostenlos einen Facharzt oder ein Krankenhaus aufsuchen zu können, ist – mit Ausnahme von Notfällen – eine Überweisung durch den Hausarzt notwendig.

## **Gesundheitszentren**

Die ambulante ärztliche Versorgung wird zum größten Teil in Gesundheitszentren erbracht, in denen in der Regel Allgemein- und Fachärzte, Pflegekräfte und zum Teil auch Kinderärzte tätig sind. Die Größe dieser Zentren variiert stark: Das Einzugsgebiet kann von 5.000 bis zu 25.000 Personen reichen. Auch die fachärztliche Versorgung findet vielfach in den Gesundheitszentren statt.

Daneben gibt es auch frei niedergelassene Spezialisten, die Verträge mit dem Nationalen Gesundheitsinstitut abgeschlossen haben, sowie Fachärzte, die in den Klinikambu-

lanzen tätig sind. Obwohl es nach wie vor an der Infrastruktur bei der Primärversorgung mangelt, steigt die Zufriedenheit der Spanier mit ihrem Gesundheitssystem – mit beträchtlichen Unterschieden zwischen den Regionen.

Etwa die Hälfte der Krankenhausbetten steht in eigenen Häusern des INSALUD, die andere Hälfte in Vertragskliniken. Für die Planung sind die Regionen verantwortlich. Sucht ein Patient eine Privatklinik oder einen Privatarzt auf, so muss er dies vollständig aus eigener Tasche bezahlen. Einen Rückerstattungsanspruch gibt es nicht. Zu den größten Problemen des Krankenhaussektors gehören Koordinationsschwierigkeiten mit den ambulanten Gesundheitszentren, Wartelisten und Überbelegungen der Krankenzimmer.

Über 90 Prozent der spanischen Ärzte sind im staatlichen Gesundheitsdienst tätig. Die in den Gesund-

heitszentren beschäftigten Ärzte werden nach der Anzahl der eingeschriebenen Patienten bezahlt. Viele betreiben nebenbei noch eine Privatpraxis. Die Krankenhausärzte erhalten fixe Gehälter, die in Ambulanzen zum Teil durch Kopfpauschalen pro behandeltem Patienten ergänzt werden.

#### Bezahlung nach Einzelleistungen

Frei niedergelassene Vertragsärzte werden nach Einzelleistungen bezahlt. Nur 60 Prozent der spanischen Ärzte haben feste und unkündbare Arbeitsverträge. Die anderen 40 Prozent haben Zeitverträge abgeschlossen, die zwischen einem Tag und einigen Monaten variieren können.

Ärzte, die in Gesundheitszentren arbeiten, haben offiziell eine 37-Stunden-Woche, die Realität sieht oft jedoch ganz anders aus: Die Zeit, die pro Patient veranschlagt ist, reicht häufig nicht aus, und Hausbesuche nehmen viel Zeit in An-

spruch. Hinzu kommt, dass die Gesundheitsbehörden oftmals keine Vertretungskräfte einsetzen, wenn Ärzte durch Urlaub oder Krankheit ausfallen. Dies führt zu Überstunden und wirkt sich negativ auf die Betreuung der Patienten aus.

Die Berufsaussichten, Verdienstmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen sehen für junge Ärzte derzeit nicht gerade rosig aus: Die Arztdichte liegt mit 300 Einwohnern pro Arzt relativ hoch. Zudem werden regelmäßig mehr Ärzte ausgebildet als benötigt. 2001 beendeten 15 Prozent mehr Ärzte ihre klinische Ausbildung als gebraucht wurden. Viele jüngere Mediziner verlassen deshalb Spanien und gehen in Länder wie Portugal, England oder die Schweiz, in denen ein höherer Bedarf an Ärzten besteht.

Weitere Informationen im Internet: [www.msc.es](http://www.msc.es) (Gesundheitsministerium), [www.cgcom.org](http://www.cgcom.org) (Ärzteorganisation)

#### ETHIKKOMMISSIONEN

## Mehr Demokratie, weniger Sachverstand?

*Kommentar zum neuen rechtlichen Rahmen für klinische Prüfungen mit Arzneimitteln am Menschen*

von Günter Hopf\*

Erste Erfahrungen der Ethikkommissionen mit der 12. *Novelle zum Arzneimittelgesetz (AMG)* und der *Verordnung über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der (GCP-Verordnung)* zeigen, dass die Verordnung in Teilen als widersprüchlich und unausgereift anzusehen ist. Sie bürokratisiert die Tätigkeit von Ethikkommissionen und zeugt eher von der Regulation von

Ministerien und Politik – europäische Behörden eingeschlossen. Das gebetsmühlenhaft vorgetragene Bekenntnis, unbürokratische Regelungen treffen zu wollen, entlarvt sich als verlogen. Das neue *Heilberufsgesetz Nordrhein-Westfalen* setzt diesen Trend in § 7 fort. Er regelt das Tätigwerden der Ethikkommissionen des Landes, speziell deren Zusammensetzung und Haftungsfragen.

#### Änderung der personellen Zusammensetzung

Die Besetzung von Ethikkommissionen soll deren Aufgabenstellung entsprechen. Ethikkommissionen sind unabhängige Gremien, die medizinische, rechtliche und berufsethische Aspekte von Anträgen zur Durchführung klinischer Studien beurteilen sollen. Bei dieser Tätigkeit werden in der Regel keine grundsätzlichen medizinisch-ethischen Probleme diskutiert.

Die Ethikkommissionen haben klar umrissene Aufgaben nach den §§ 40-42 AMG, § 20 *Medizinproduktegesetz*, §§ 8 und 9 *Transfusionsgesetz*, § 92 *Strahlenschutzverordnung* und § 28g *Röntgenverordnung*. In den Ethikkommissionen der Ärztekammern wird intensive, der Umsetzung zum Beispiel des Arzneimittelgesetzes dienende Basisarbeit verrichtet. Es werden Studienpläne, Patientenin-

\* Dr. med. Günter Hopf ist Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie und ärztlicher Referent der bei der Ärztekammer Nordrhein eingerichteten Ethikkommissionen.