



Ungewöhnlicher Blickfang: Die Haut im Mittelpunkt



Prävention: Viele Ansätze sind möglich



Pressekonferenz der Unabhängigen Patientenberatung

- **Neue Patientenberatung gestartet**
- **Qualität onkologischer Praxen**
- **Impfungen werden Pflichtleistung**
- **Grenzen von Gesundheitsinformationen**
- **Prävention: steigende Nachfrage**
- **Pflegereform – aber wie?**
- **Förderung sozial Benachteiligter**
- **Vielen Kliniken droht die Pleite**
- **Kampagne geht unter die Haut**
- **Experten fordern mehr Impfungen**

■ Editorial Prävention wirkt

München – Prävention verhindert Krankheit und beeinflusst Verläufe positiv. Doch es gibt einen Schönheitsfehler: Die eigentliche Ziel-

gruppe wird zu selten erreicht. An Rückenschulen der Krankenkassen nehmen beispielsweise bevorzugt gut situierte Versicherte teil. Personen mit weniger Einkommen und Bildung,

die ein höheres Krankheitsrisiko tragen, wird man in solchen Kursen kaum antreffen. Umso wichtiger sind daher Initiativen wie die des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, über die wir in dieser Ausgabe berichten. Mittlerweile gibt es in jedem Bundesland eine Kontaktstelle des Verbandes. Mit ihrer Arbeit vor Ort geben sie wichtige Impulse. Mehr zum Thema Prävention lesen Sie in dieser Ausgabe.



Bettina Brennecke

Ihre Bettina Brennecke
Leiterin Corporate Affairs & Business Support

■ Modellvorhaben Unabhängige Beratung für Patienten und Versicherte

Berlin – Im Sommer vergangenen Jahres wurde er bereits angekündigt, jetzt fängt er seine konkrete Arbeit an: der Modellverbund Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD). 22 regionale Stellen helfen ab sofort Patienten und Versicherten bei Gesundheitsfragen und rechtlichen Problemen.

►► mehr

zurück ◀

■ Qualitätsbericht Onkologische Schwerpunktpraxen mit positiver Bilanz

Berlin – Eine immer größere Zahl von Patienten mit z.T. fortgeschrittenen Krebserkrankungen wird von niedergelassenen Fachärzten behandelt. Pro Quartal betreuen die onkologischen Schwerpunktpraxen rund 250.000 Patienten. Die Praxen haben 2005 rund acht Prozent mehr Krebspatienten versorgt als 2004. Das geht aus dem jetzt vorgelegten zweiten Qualitätsbericht hervor.

►► mehr

zurück ◀

■ Prävention Impfungen – was ändert sich durch die Gesundheitsreform?

Berlin – Am 1. April tritt die Gesundheitsreform in Kraft mit teilweise folgenschweren Änderungen für die Versicherten. Einige der neuen Regelungen wie für Schutzimpfungen sind von der Öffentlichkeit bisher weitgehend unbemerkt geblieben.

►► mehr

zurück ◀

■ Copyright © 2007 GSK

Impressum, Ansprechpartner, Bildnachweis ►► mehr

Bestellung / Abbestellung des Patientenbriefes ►► mehr

Archiv bisher erschienener Patientenbriefe ►► mehr

■ Umfrage

Mehr Infektionen, zu geringe Impfraten

Berlin – Infektionskrankheiten sind in Deutschland auf dem Vormarsch. Doch Deutschland ist darauf nur unzureichend vorbereitet. Zu diesen Ergebnissen kommt eine aktuelle Umfrage zu „Impfungen und Impfverhalten“, die GfK HealthCare im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) durchgeführt hat.

►► mehr

zurück ◀

■ Präventionskampagne

Die wichtigsten 2m²

Berlin – Hauterkrankungen führen zwar die Liste der Berufskrankheiten an, doch viele unterschätzen die wichtige Rolle der Haut für die Gesundheit. Die gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen haben daher eine gemeinsame Präventionskampagne gestartet. Das Motto: „Deine Haut. Die wichtigsten 2m² deines Lebens.“

Für die Dauer von zwei Jahren werben 106 Krankenkassen und Unfallversicherungsträger für einen besseren Umgang mit dem größten Organ des Menschen. Erreichen wollen sie dies mit regionalen und bundesweiten Aktionen. Die Kampagne ist zum Beispiel offizieller Gesundheitspartner bei den drei großen Stadtmarathons in Hamburg, Köln (jeweils 2007) und in Berlin (2008). Zahlreiche Kooperationspartner wie die Bundesländer, dermatologische Fachgesellschaften und Berufsverbände unterstützen die Aktion. Insgesamt belaufen sich die direkten Kosten, die auf Hauterkrankungen zurückzuführen sind, auf etwa vier Milliarden Euro jährlich.

■ Weitere Informationen gibt es unter: www.2m2-haut.de

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Prädiktive Gesundheitsinformationen

Ethikrat: Persönlichkeitsrechte breiter anwenden

Berlin – Dürfen Versicherungsunternehmen den Abschluss bzw. die Prämienhöhe privater Personenversicherungsverträge von prädiktiven (voraussagenden) Gesundheitsinformationen der Antragsteller abhängig machen? Mit dieser schwierigen Frage hat sich der Nationale Ethikrat in einer Stellungnahme beschäftigt.

►► mehr

zurück ◀

■ Vorsorge

Steigende Nachfrage bei Präventionsangeboten

Berlin – 3,8 Millionen Menschen haben 2005 an Kursen zu Prävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) teilgenommen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten wurden. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs von knapp zwölf Prozent. Die Kosten belaufen sich auf 179,9 Millionen Euro.

►► mehr

zurück ◀

■ Pflegeversicherung

Wer, wie und was – die Reformkonzepte der Parteien

Berlin – Nachdem die Gesundheitsreform beschlossen ist, steht nun die Reform der sozialen Pflegeversicherung auf der politischen Agenda. Auf einer Veranstaltung des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) stellten Vertreter von CDU, SPD, FDP und Grünen ihre Konzepte vor.

►► mehr

zurück ◀

■ Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter

Regionale Knoten jetzt in allen 16 Bundesländern

Berlin – Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat seine regionalen Strukturen komplettiert: In den vergangenen Monaten nahmen in Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz regionale Kontaktstellen die Arbeit auf. Mit dem Startschuss für den Regionalen Knoten Saarland zum Jahresanfang 2007 sind nun sämtliche Bundesländer abgedeckt.

►► mehr

zurück ◀

■ Studie

Viele Kliniken sind künftig von Pleite bedroht

Berlin – Die Bettenzahl in deutschen Krankenhäusern ist rückläufig. Wie aus einer Antwort der Bundesregierung hervorgeht, wurden von 1993 bis 2005 rund 17 Prozent der Betten abgebaut. Eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI Essen) ergab unterdessen, dass mehr als 40 Prozent der Kliniken bis zum Jahr 2020 eine Pleite droht – wenn die Häuser nicht gesteuert werden.

►► mehr

zurück ◀

■ Modellvorhaben

Unabhängige Beratung für Patienten und Versicherte

Berlin – Im Sommer vergangenen Jahres wurde er bereits angekündigt, jetzt fängt er seine konkrete Arbeit an: der Modellverbund Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD). 22 regionale Stellen helfen ab sofort Patienten und Versicherten bei Gesundheitsfragen und rechtlichen Problemen.

Zu speziellen Themen gibt es auch überregionale Service-Angebote: Dafür steht beispielsweise der Arzneimittelberatungsdienst am Institut für Klinische Pharmakologie der TU Dresden zur Verfügung. Ein zahnärztliches Kompetenzzentrum mit Sitz in Köln und Heidelberg hilft bei allen Fragen zur Zahngesundheit weiter, die den Beratungsumfang der regionalen Stellen sprengen. Ergänzend zur Hilfe vor Ort können Ratsuchende auch eine bundesweit einheitliche Hotline anrufen. Über Sitz und Öffnungszeiten der regionalen Stellen informiert die UPD auf ihrer Webseite.

Beratung „kostenfrei, neutral und unabhängig“

„Die Beratung erfolgt kostenfrei, neutral und unabhängig“, betont Astrid Burkhardt, Geschäftsführerin des Modellverbunds, auf der Eröffnungs-Presskonferenz. Die Neutralität betont auch Krankenkassenvertreter Erwin Dehlinger (AOK Bundesverband) ausdrücklich, nicht ohne Grund. Die gesetzlichen Krankenkassen fördern – dazu verpflichtet sie Paragraph 65 b des Sozialgesetzbuches V – das Projekt bis Ende 2010 mit 25 Millionen Euro. Die UPD ist ein Zusammenschluss von drei in der Patientenberatung erfahrenen Partnern: dem Sozialverband VdK Deutschland, der Verbraucherzentrale Bundesverband und dem Verbund unabhängige Patientenberatung.

Kühn-Mengel: politisches Ziel in greifbarer Nähe

Vorschusslorbeeren bekommt die Einrichtung von Helga Kühn-Mengel. Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung sagt: „Das wichtige politische Ziel einer unabhängigen Patientenberatung und -information ist mit dem Modellverbund in greifbare Nähe gerückt.“ Die UPD sei, so Kühn-Mengel weiter, keine „zwangsläufige“ Konkurrenz zum bestehenden Beratungsangebot, sondern eine wertvolle und wichtige Ergänzung. Geschäftsführerin Burkhardt kündigt Kooperationen unter anderem mit Selbsthilfeorganisationen und Leistungserbringern (z.B. Apotheker, Ärzte) an.

Erste Kritiker melden sich zu Wort

Eine Zusammenarbeit der UPD mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens könnte die Akzeptanz der Organisation stärken, denn die ersten Kritiker haben sich bereits zu Wort gemeldet. Der Marburger Bund, der Verband der angestellten und beamteten Ärzte, nennt den Modellverbund eine „Scheinberatung für Patienten“, da unabhängiger ärztlicher Sachverstand in der UPD nicht vorgesehen sei. Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten hinterfragt die Neutralität der Beratung. Die Förderung durch die Krankenkassen ließe keinesfalls erwarten, dass „Patienten dazu aufgefordert werden, sich zum Beispiel gegen die vielfachen widerrechtlichen Leistungsverweigerungen durch ihre Krankenkassen zu wehren.“

Die gesetzliche Grundlage der Patientenberatung

In Paragraph 65 b Sozialgesetzbuch V heißt es: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern mit jährlich insgesamt 5.113.000 Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich gesundheitliche Information, Beratung oder Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die von den Spitzenverbänden als förderungsfähig anerkannt wurden. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus.“ Mitte 2005 endete das erste Modellvorhaben nach vier Jahren. Daran beteiligt waren 30 Patientenberatungseinrichtungen. Einer Evaluation des Projekts zufolge, durchgeführt von der Prognos AG, gab es Schwierigkeiten bei Qualitätssicherung, Informationsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit.

- *Mehr Informationen auf den Internetseiten der Unabhängigen Patientenberatung unter: www.unabhaengige-patientenberatung.de*
- *Pressemitteilung des Marburger Bundes vom 31. Januar 2006: „Marburger Bund kritisiert Unabhängige Patientenberatung Deutschland“; pdf-Dokument, 1 Seite, 72 KB*
- *Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. vom 31. Januar 2006: „Von Staat und Krankenkassen finanziert“; pdf-Dokument, 1 Seite, 40 KB*
- *Pressemitteilung der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, vom 30. Januar 2006 zum Start der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD); pdf-Dokument, 2 Seiten, 60 KB*
- *zurück zur Übersicht ◀◀*

■ Qualitätsbericht

Onkologische Schwerpunktpraxen mit positiver Bilanz

Berlin – Eine immer größere Zahl von Patienten mit z.T. fortgeschrittenen Krebserkrankungen wird von niedergelassenen Fachärzten behandelt. Pro Quartal betreuen die onkologischen Schwerpunktpraxen rund 250.000 Patienten. Die Praxen haben 2005 rund acht Prozent mehr Krebspatienten versorgt als 2004. Das geht aus dem jetzt vorgelegten zweiten Qualitätsbericht hervor.

Als besonders positiv hebt PD Dr. Stephan Schmitz, Vorsitzender des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO), hervor, dass die Behandlung interdisziplinär erfolgt – in Abstimmung mit Hausarzt, anderen Fachärzten, Krankenhaus und Tumorzentren. „Fast 60 Prozent aller Praxen haben mittlerweile mindestens einen schriftlichen Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus“, stellt Schmitz fest. Jede dritte Praxis ist Partner in der Integrierten Versorgung. Für ihn ein positives Signal in Richtung Vernetzung der Versorgung.

Konkurrenz durch neuen 116b?

Erhebliche Sorgen im Zusammenhang mit Krankenhäusern bereitet ihm und seinen Kollegen allerdings das Vorhaben aus der Gesundheitsreform, den § 116b SGB V, anders zu fassen. Er gestattet Krankenhäusern, ihre Patienten auch außerhalb der Vor- oder Nachsorge ambulant zu behandeln, sofern es sich um hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen oder Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen handelt. Bisher gab es kaum diesbezügliche Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Das Procedere soll nun dadurch leichter werden, dass Krankenhäuser in einem einmaligen Akt durch die Landesplanung ermächtigt werden, ambulant zu behandeln. Die Schwerpunktpraxen fürchten nun, dass sich diese Regelung zu ihrem Nachteil auswirkt. „Wir haben nichts gegen einen Wettbewerb, aber dann müssen für alle klare Qualitätsanforderungen gelten“, unterstreicht Schmitz.

Nase vorn in Sachen Qualität

Die Schwerpunktpraxen haben in dieser Hinsicht durchaus etwas vorzuweisen, wie der Bericht, der der einzige seiner Art im niedergelassenen Bereich ist, belegt. Die Behandlung in den Praxen unterliegt strengen Qualitätsanforderungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. 40 Prozent aller Praxen haben bereits ein Qualitätsmanagement-Verfahren (QM) etabliert, 30 Prozent wurden bereits nach einem anerkannten Zertifizierungssystem extern überprüft und bewertet. Dabei zeige sich, so Schmitz, dass die niedergelassenen Onkologen wesentlich weiter sind, als Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses dies für die Vertragsärzte insgesamt vorsehen. Ihnen wird eine Frist bis 2010 eingeräumt, um ein QM-Verfahren in den Praxisablauf zu integrieren. Mehr als 90 Prozent der onkologischen Praxen beteiligen sich an wissenschaftlichen Studien. In den Anstrengungen, die Qualität weiter zu verbessern, will der BNHO nicht nachlassen. So läuft gegenwärtig in 180 Praxen eine Befragung, bei der 15.000 Patienten einbezogen werden sollen. Mit den Ergebnissen zur patientenbezogenen Qualität wird in einigen Wochen gerechnet.

Schwerpunktpraxen: Daten und Fakten

151 onkologische Schwerpunktpraxen in Deutschland haben sich am Qualitätsbericht 2006 beteiligt; insgesamt gibt es bundesweit 324. In den einbezogenen Praxen wurden im 3. Quartal 2005 132.974 Patienten behandelt. Im Durchschnitt erhöhte sich die Patientenzahl pro Praxis gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal um 9 Prozent. Insgesamt erkrankten in Deutschland jährlich mehr als 430.000 Menschen an Krebs. Nach den stationären Operationen kann die häufig notwendige medikamentöse Tumorthherapie heutzutage in 90 Prozent der Fälle ambulant erfolgen.

- *Qualitätsbericht der onkologischen Schwerpunktpraxen 2006, Herausgegeben vom Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) e.V.; pdf-Dokument, 42 Seiten, 1.6 MB*
- *Pressemitteilung des BNHO und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. vom 15. Januar 2007: „Immer mehr Krebspatienten ambulant behandelt“; pdf-Dokument, 2 Seiten, 164 KB*
- *zurück zur Übersicht <<*

■ Prävention

Impfungen – was ändert sich durch die Gesundheitsreform?

Berlin – Am 1. April tritt die Gesundheitsreform in Kraft mit teilweise folgenschweren Änderungen für die Versicherten. Einige der neuen Regelungen wie für Schutzimpfungen sind von der Öffentlichkeit bisher weitgehend unbemerkt geblieben.

Bisher sind Schutzimpfungen, wie beispielsweise gegen Masern oder Röteln, so genannte Satzungsleistungen der Krankenkassen. Darunter versteht man Leistungen, zu denen sich die Kassen in ihren Satzungen verpflichten – ergänzend zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sind daher für die Krankenkassen nicht bindend, es liegt in ihrem eigenen Ermessen, sie als Satzungsleistung anzubieten. Für den Versicherten heißt das: Er hat keinen Rechtsanspruch auf die Erstattung von Impfungen. Die Gesundheitsreform sieht vor, dass Schutzimpfungen in den GKV-Leistungskatalog übernommen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll hierbei eine zentrale Rolle übernehmen: Auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen bestimmt er Einzelheiten zu Voraussetzungen wie Alter, Art und Umfang der Leistungen. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) muss er besonders begründen. Darüber hinaus können Krankenkassen ihren Versicherten jedoch weiterhin Impfungen im Rahmen ihrer Satzung als Zusatzleistung anbieten.

Es wird also in Zukunft Impfungen geben, die automatisch von allen Krankenkassen bezahlt werden und solche, die individuell – von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich – erstattet werden. Es lohnt sich also für den Versicherten, bei den Leistungen seiner Kasse genau hinzuschauen.

Impfungen, die im Rahmen einer Urlaubsreise ins Ausland verabreicht werden, müssen wie bisher privat bezahlt werden.

- *Die Empfehlungen der STIKO sind auf der Webseite des Robert Koch-Instituts abrufbar: www.rki.de (linke Menüspalte: Infektionsschutz / Impfen / Empfehlungen der STIKO)*

- *[zurück zur Übersicht](#) ◀◀*

■ Prädiktive Gesundheitsinformationen

Ethikrat: Persönlichkeitsrechte breiter anwenden

Berlin – Dürfen Versicherungsunternehmen den Abschluss bzw. die Prämienhöhe privater Personenversicherungsverträge von prädiktiven (voraussagenden) Gesundheitsinformationen der Antragsteller abhängig machen? Mit dieser schwierigen Frage hat sich der Nationale Ethikrat in einer Stellungnahme beschäftigt.

Versicherer sollten nur Informationen zur Gesundheit des Antragstellers erheben dürfen, sofern sie für den einzelnen Versicherungsvertrag erforderlich sind und sich aus den Angaben des Antragstellers konkrete Hinweise auf Vorerkrankungen, aktuelle Erkrankungen, gegebenenfalls auch Fragen des gesundheitsrelevanten Lebensstils ergeben. So lautet die Kernaussage der Stellungnahme, die allerdings nur für private Versicherungen relevant ist und sich nicht auf gesetzliche Versicherungen wie gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bezieht.

Schutz von Persönlichkeitsrechten breiter anlegen

Der Ethikrat empfiehlt, Regelungen zum Schutz von Persönlichkeitsrechten breit anzuwenden. Daher bezieht er sich bei prädiktiven Gesundheitsinformationen nicht nur auf Ergebnisse genetischer Untersuchungen. Denn auch mit anderen diagnostischen Verfahren der modernen Medizin können gesundheitliche Risiken oder Krankheiten lange vor ihrer Manifestation vorhergesagt werden. Das sind beispielsweise bildgebende Verfahren, biochemische und elektrophysiologische Methoden.

Selbstverpflichtungserklärung soll ausgedehnt werden

Der Ethikrat befürwortet die Aufrechterhaltung einer freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung. Nach ihr verzichten die Mitgliedsunternehmen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft – bisher bis zum 31. Dezember 2011 – auf die Mitteilung und Berücksichtigung von Ergebnissen prädiktiver genetischer Tests, die dem Antragsteller bekannt sind. Das Moratorium sollte dem Ethikrat zufolge auf prädiktive genetische Informationen ausgedehnt werden, die der Antragsteller auf andere Weise als durch eine molekular- oder zytogenetische Untersuchung erworben hat, etwa aus biochemischen Untersuchungen oder der Familienanamnese.

Versicherer-Recht auf medizinische Untersuchung einschränken

Eine allgemeine Befragung der behandelnden Ärzte ohne konkrete Hinweise auf eine Krankheit oder ein Krankheitsrisiko sollte unzulässig sein. Eine Entbindung von der Schweigepflicht und die Auskunft der behandelnden Ärzte müssen sich auf einen konkreten Sachverhalt beziehen, zu dem der Versicherer im Rahmen der Risikoprüfung Auskunft verlangen darf. Das Recht der Versicherer, zur Risikoprüfung eine medizinische Untersuchung des Antragstellers zu verlangen, ist deutlich einzuschränken.

Was sind „normale“ Versicherungsverträge?

Bei „normalen“ Versicherungsverträgen (ohne ungewöhnlich hohe Versicherungssummen) sollten Untersuchungen und Erhebungen zur Ermittlung bestehender Krankheiten und gesundheitlicher Risiken, die dem Antragsteller nicht bekannt sind und für die es keine konkreten Hinweise gibt, grundsätzlich ausgeschlossen sein. Das gilt insbesondere auch für Fragen nach der Familienanamnese. Als „normale“ Versicherungsverträge sollten Verträge zur Deckung der im Krankheitsfall entstehenden Kosten für die ärztliche Behandlung und andere Heilmaßnahmen gelten.

Außerdem fallen darunter Verträge, bei denen die Versicherungsleistung in einer einmaligen Kapitalauszahlung, einer Altersrente, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder in einer Pflegerente bis zu einer bestimmten Höhe besteht. Wenn Versicherungsleistungen oberhalb des Üblichen vereinbart werden sollen, gelten Beschränkungen des Frage- und Untersuchungsrechts der Versicherer nicht.

Umfassende gesetzliche Regelung nicht nötig

Um die empfohlenen Empfehlungen umzusetzen, bedarf es laut Ethikrat nicht zwingend einer umfassenden gesetzlichen Regelung. Die Rechtsprechung kann im Sinne der Empfehlungen wirken. Die Versicherungswirtschaft kann sie in der Praxis durch Mustervertragsbedingungen und Selbstverpflichtungserklärungen verlässlich machen.

- *Stellungnahme des Deutschen Ethikrates vom 01. Februar 2007: „Prädiktive Gesundheitsinformationen beim Abschluss von Versicherungen“; pdf-Dokument, 55 Seiten, 220 KB*
- *zurück zur Übersicht* ◀◀

■ **Vorsorge**

Steigende Nachfrage bei Präventionsangeboten

Berlin – 3,8 Millionen Menschen haben 2005 an Kursen zu Prävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) teilgenommen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten wurden. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs von knapp zwölf Prozent. Die Kosten belaufen sich auf 179,9 Millionen Euro.

Das geht aus dem fünften Präventionsbericht hervor, den der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) gemeinsam mit den Krankenkassenspitzenverbänden herausgibt. Die Teilnehmerzahl stieg bei Präventivkursen von 803.000 (2004) um 45 Prozent auf 1,2 Millionen. Mit dem so genannten Setting-Ansatz wurden darüber hinaus schätzungsweise zwei Millionen vor allem junge Menschen erreicht. Unter dem Begriff Setting-Ansatz subsumiert man Präventionsangebote im Lebensumfeld – wie beispielsweise in Kindergärten, Schulen, Vereinen oder Stadtteilen.

Betriebliche Gesundheitsförderung: über 600.000 Arbeitnehmer beteiligen sich

Rund 606.000 Arbeitnehmer beteiligten sich 2005 an Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, welche die Krankenkassen in Kooperation mit den Unternehmen durchführen. Bei den Kursen geht es vor allem darum, körperliche Belastungen zu vermeiden und zu reduzieren, sowie um gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und um Stressmanagement. Wie schon in den Vorjahren waren Unternehmen aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ mit 45 Prozent besonders häufig vertreten (2004: 42 Prozent; 2003: 44 Prozent).

Von 2000 bis 2005 sind die Gesamtausgaben der GKV für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung von 43,1 Millionen Euro auf 179,9 Millionen Euro gestiegen. Dies entspricht einer jährlichen Steigerungsrate von 36 Prozent. Damit haben die gesetzlichen Krankenkassen den vom Gesetzgeber für 2005 empfohlenen Ausgabenbetrag von 2,70 Euro pro Versicherten nahezu ausgeschöpft.

Was ist Primärprävention?

Der Krankenkassenbericht informiert über Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der so genannten Primärprävention. Letztere verfolgt das Ziel, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten und die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Demgegenüber soll die Sekundärprävention mittels Frühdiagnostik und -behandlung dafür sorgen, dass eine Krankheit im Frühstadium nicht fortschreitet. Die Tertiärprävention versucht, Folgeschäden (Defekte, Behinderungen) einer eingetretenen Erkrankung zu vermeiden oder abzumildern.

- *Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung (Präventionsbericht), Herausgegeben im Januar 2007 vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS); pdf-Dokument, 124 Seiten, 5.0 MB*

- [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Pflegeversicherung

Wer, wie und was – die Reformkonzepte der Parteien

Berlin – Nachdem die Gesundheitsreform beschlossen ist, steht nun die Reform der sozialen Pflegeversicherung auf der politischen Agenda. Auf einer Veranstaltung des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) stellten Vertreter von CDU, SPD, FDP und Grünen ihre Konzepte vor.

Der nordrhein-westfälische Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Karl-Josef Laumann (CDU), befürwortet eine starke kapitalgedeckte Komponente, um die soziale Pflegeversicherung demographiefest zu gestalten. Dieses Votum verbindet er mit einer unpopulären Botschaft: Das Ganze ließe sich nicht mit einer Prämie machen, die man nicht spüre. „Wenn man mit sechs Euro beginnt, kann man nicht versprechen, mit 13 Euro aufzuhören.“ Nach Ansicht von Willi Zylajew, pflegepolitischer Sprecher der Unions-Bundestagsfraktion, reichen allerdings sechs bis acht Euro aus. Laumanns Vorschlag basiert auf einem Modell der Unionsländer. Skeptisch sieht der NRW-Minister eine Anhebung der ambulanten Pflegesätze zu Lasten der stationären, wie es Elisabeth Scharfenberg, pflegepolitische Sprecherin der Grünen-Bundestagsfraktion, fordert. Laumann fürchtet bei vielen Betroffenen einen Rückschritt in die Sozialhilfe-Abhängigkeit. In Nordrhein-Westfalen sei zudem kein Sog in die stationäre Versorgung zu beobachten.

Beitragsatz von 1,9 kein Dogma?

Zu einer möglichen Anhebung der Beitragssätze macht der Minister eine eindeutige Aussage: „Dafür gibt es keine politische Mehrheit.“ Ganz anders sieht das Armin Lang, Bundesvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG). Für ihn ist ein Pflegeversicherungsbeitrag von 1,9 Prozent „kein Dogma“. Die oft genannten Lohnnebenkosten seien ein Argument, das jeder Grundlage entbehre. „Zur Lohnnebenkostenbelastung hat die soziale Pflegeversicherung bisher nichts getan“, es sei daher berechtigt, wenn sich die Arbeitgeber mit einigen Cents beteiligten. Lang will außerdem einen Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung. Bei der Grünen-Sprecherin läuft er damit offene Türen ein. Scharfenberg befürwortet wie ihre Kollegin von der SPD-Bundestagsfraktion, Hilde Mattheis, eine Bürgerversicherung und findet deutliche Worte zur privaten Pflegeversicherung: „Wenn dieses goldene Kalb geschlachtet wird, sind wir ein großes Stück weiter.“

Pflegebedürftigkeit neu definieren – nach der Reform

Scharfenbergs Vorredner hatten sich einmütig für die Einbeziehung von Demenzerkrankten in der Pflegeversicherung stark gemacht. Die Grünenpolitikerin weist auf eine weitere Schwierigkeit hin, die bei der Reform berücksichtigt werden müsse: Derzeit altere eine Generation Behinderter und psychisch Kranker. In der Altenpflege habe man mit ihnen bisher – bedingt durch das Dritte Reich – keine Erfahrungen. Aus Sicht Heinz Lanfermanns (FDP) ist außerdem problematisch, dass der kürzlich eingesetzte Beirat, der den Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definieren soll, erst im Herbst nächsten Jahres einen Vorschlag vorlegen soll – also nach der Reform.

Wann kommt die Pflegereform?

Mit einem Überschuss von rund 450 Millionen Euro hat die Pflegeversicherung das Jahr 2006 abgeschlossen. Hauptursache für dieses günstige Ergebnis ist die vorgezogene Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge. Der rosige Kontostand ist damit vor allem auf Buchungsmodalitäten zurückzuführen, die Notwendigkeit einer Pflegereform bleibt. Zum 1. April, spätestens zum 1. Juli 2008 soll diese vollendet sein – sagt Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium. Noch in diesem Jahr werde das Gesetzgebungsverfahren beginnen. Unterdessen ergab eine repräsentative Umfrage der psychonomics AG, dass sich lediglich 38 Prozent der Bundesbürger bisher ausreichend gut zum Thema Pflegeversicherung informiert fühlen. Wissenstests ergaben ein noch größeres Informationsdefizit: Zu konkreten Fragen der gesetzlichen Pflegeversicherung kann lediglich jeder vierte Bundesbürger gut Auskunft geben, drei Viertel sind hingegen schlecht (21 Prozent) oder gar nicht (53 Prozent) informiert. Kaum bekannt ist beispielsweise, dass die Pflegeversicherung bisher nicht für die zunehmenden Fälle von Altersdemenz aufkommt (18 Prozent).

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter **Regionale Knoten jetzt in allen 16 Bundesländern**

Berlin – Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat seine regionalen Strukturen komplettiert: In den vergangenen Monaten nahmen in Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz regionale Kontaktstellen die Arbeit auf. Mit dem Startschuss für den Regionalen Knoten Saarland zum Jahresanfang 2007 sind nun sämtliche Bundesländer abgedeckt.

„Durch die Regionalen Knoten soll die Zusammenarbeit zwischen Bundes- und Landesebene weiter intensiviert und ein verstärkter Informations-Transfer zwischen den gesundheitsfördernden Angeboten erreicht werden“, stellt Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), zur Arbeit der Kontaktstellen fest. Finanziert werden die Koordinierungsstellen über die BZgA, Krankenkassen und aus Mitteln der Landesvereinigungen für Gesundheit, die diese aus den jeweiligen Länderhaushalten bewilligt bekommen.

Austausch zwischen den Projekten soll gefördert werden

Sie beraten Einrichtungen bezüglich ihrer Präventionsangebote, weisen auf Beispiele guter Praxis oder auf Finanzierungsmöglichkeiten hin und regen den Austausch der Gesundheitsförderungsprojekte untereinander an. Die Regionalen Knoten setzen dabei eigene Schwerpunkte, etwa im Bereich sozial benachteiligter Kinder und deren Familien, bei der Gesundheitsförderung im Stadtteil oder auch der Weiterqualifizierung von Projektmitarbeitern. In Schleswig-Holstein wurde beispielsweise ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden entwickelt. In Thüringen geht es um die Integration von Stadtteilarbeit und Gesundheitsförderung. Zudem unterstützen die Kontaktstellen die Erweiterung einer Datenbank mit Gesundheitsprojekten. Darin sind derzeit über 2.800 Angebote, Maßnahmen und Projekte der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung recherchierbar, darunter mehr als 30 Projekte, die als Gute Praxis ausgezeichnet sind.

Wer macht mit bei dem Verbund?

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ist ein Verbundprojekt von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen und Ärzten, Wohlfahrtsverbänden und weiteren insgesamt 42 Partnerorganisationen.

- *Weitere Informationen unter folgender Adresse: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de Menüpunkt „Regionale Knoten“*
- *zurück zur Übersicht* ◀◀

■ Studie

Viele Kliniken sind künftig von Pleite bedroht

Berlin – Die Bettenzahl in deutschen Krankenhäusern ist rückläufig. Wie aus einer Antwort der Bundesregierung hervorgeht, wurden von 1993 bis 2005 rund 17 Prozent der Betten abgebaut. Eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI Essen) ergab unterdessen, dass mehr als 40 Prozent der Kliniken bis zum Jahr 2020 eine Pleite droht – wenn die Häuser nicht gegensteuern.

Zwar habe sich die Finanzsituation des deutschen Krankensektors in den vergangenen Jahren leicht verbessert. Die aktuelle wirtschaftliche Lage der Kliniken sei jedoch weiterhin recht heterogen. Wie der „Krankenhaus Rating Report 2007“ zeigt, befinden sich zur Zeit 66 Prozent der untersuchten Häuser finanziell im sicheren „grünen“, 15 Prozent im „gelben“ und 19 Prozent im gefährdeten „roten“ Bereich. Die Studienautoren prophezeien dem Krankensektor viele Änderungen in den nächsten Jahren: Beispielsweise werde die Anzahl ambulanter Operationen voraussichtlich zunehmen, die Verweildauer der Patienten sinken und die öffentliche Förderung zurückgehen. Diese und weitere Faktoren führen laut Studie dazu, dass ohne gegensteuernde Maßnahmen bis zum Jahr 2020 nur noch rund 50 Prozent der Krankenhäuser im „grünen“ und 44 Prozent im „roten“ Bereich lägen und damit einer erhöhten Insolvenzgefahr ausgesetzt wären.

Mehr Marktwirtschaft bei den Kliniken

Verhindert werden könnten die Pleiten dem Report zufolge zum einen durch weitere Kostensenkungen, zum anderen durch mehr marktwirtschaftliche Elemente im Krankensektor. Das würde allerdings dazu führen, dass bis zum Jahr 2020 jedes fünfte Krankenhaus schließen muss. Von einer solchen Marktberaumung würden voraussichtlich überproportional viele große, öffentlich-rechtliche und akademische Lehrkrankenhäuser betroffen sein. Insgesamt werde sich die Trägerstruktur, auch durch Fusionen und Privatisierungen, zusätzlich in Richtung privater Trägerschaft verschieben, heißt es. Die Studienautoren glauben, dass eine Marktberaumung die Situation des Krankensektors verbessere. Die verbleibenden rentablen Kliniken würden besser ausgelastet, die Überkapazitäten an Betten abgebaut.

Trotz Bettenabbau weiterhin Überkapazitäten

Eine Überkapazität in der stationären Versorgung hat auch die Bundesregierung ausgemacht. Das schreibt sie in einer Antwort (Bundestags-Drucksache 16/3991) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Bundestags-Drucksache 16/3918). Demnach wurden allerdings von 1993 bis 2005 bereits rund 105.000 Betten abgebaut. Das entspricht einem Anteil von 16,7 Prozent. In Zukunft sei eine „weitere starke Reduzierung der Bettenkapazitäten zu erwarten, insbesondere auch durch eine weitere Verkürzung der Verweildauer und zunehmend ambulante Behandlungsmöglichkeiten.“

Neues Vergütungssystem verändert Leistungsspektrum

Die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer sei ein Ziel der 2003 begonnenen Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) gewesen, schreibt die Regierung. Das neue Vergütungssystem sieht eine pauschalierte Abrechnung pro Behandlungsfall vor. Zuvor erhielt das Krankenhaus für jeden Patienten bestimmte Tagessätze. Diese Vergütungsform soll bis 2009

vollständig von den DRGs abgelöst sein. Der Regierung zufolge seien in Folge der mit dem DRG-System einhergehenden Leistungstransparenz „in erheblichem Umfang vollstationäre Fälle aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert und dem ambulanten Bereich zugeordnet“ worden.

Den „Krankenhaus Rating Report 2007“ hat das RWI Essen, die Healthcare-Unternehmensberatung ADMED GmbH und das Institute for Health Care Business GmbH (HCB) erstellt. Hierzu wurden die Jahresabschlüsse von knapp 600 deutschen Krankenhäusern ausgewertet.

- *Krankenhaus Rating Report 2007 – Die Spreu trennt sich vom Weizen, Executive Summary, Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen; pdf-Dokument, 20 Seiten, 124 KB*
- *Bundestagsdrucksache 16/3991 vom 2. Januar 2007: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/3918: „Finanzierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität im Krankenhausbereich nach Einführung der diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG)“; pdf-Dokument, 16 Seiten, 132 KB*
- *zurück zur Übersicht <<*

■ Umfrage

Mehr Infektionen, zu geringe Impfraten

Berlin – Infektionskrankheiten sind in Deutschland auf dem Vormarsch. Doch Deutschland ist darauf nur unzureichend vorbereitet. Zu diesen Ergebnissen kommt eine aktuelle Umfrage zu „Impfungen und Impfverhalten“, die GfK HealthCare im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) durchgeführt hat.

Befragt wurden 50 führende Impfexperten aus Industrie und Wissenschaft. Die meisten der Befragten (80 Prozent) rechnen damit, dass es in Deutschland in den nächsten fünf Jahren zu einem Anstieg von Infektionskrankheiten kommen wird. Dies gilt insbesondere für HIV, die echte Virusgrippe (Influenza) und Tuberkulose. Aber auch an Masern und der durch Zecken übertragenen Hirnhautentzündung (FSME) werden nach Expertenschätzung immer mehr Menschen in Deutschland erkranken. Hauptfaktoren für diese Entwicklung seien vor allem Impfmüdigkeit, zunehmende Reisetätigkeit, Migration, klimatische Veränderungen, leichtsinniges Verhalten und die Entwicklung von Resistenzen bei den Erregern.

Kommt es zu einer Influenza-Pandemie?

Die Wahrscheinlichkeit, dass es in den nächsten fünf Jahren zu einer Influenza-Pandemie kommen wird, schätzen die Experten im Schnitt auf rund 30 Prozent ein. Nach ihrer Auffassung geht die Gefahr eher von Vogelgrippestämmen aus als von herkömmlichen Grippestämmen. Bei der Vorbereitung auf eine mögliche Pandemie sehen 82 Prozent der befragten Experten Verbesserungspotenzial und fordern hierzu zum Beispiel verstärkte Aufklärung, Katastrophenpläne, Bevorratung mit Impfstoffen sowie höhere Impfraten. Die Befragten wünschen sich vor allem, dass gegen Masern, Grippe und Hepatitis B verstärkt geimpft wird.

Informationsdefizite in der Bevölkerung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Ziel formuliert, die Masern bis 2010 in Europa auszurotten. 94 Prozent der Experten glauben jedoch, dass es in Deutschland in den nächsten vier Jahren nicht gelingen wird, die Masern auszurotten. Das größte Hindernis zur Verbesserung der Impfraten sehen sie generell in Informationsdefiziten der Bevölkerung. Um die Impfraten in Deutschland zu erhöhen, setzen die Fachleute vor allem auf flächendeckende und bessere Aufklärung sowie eine bessere Fortbildung der Ärzte. Manche Experten befürworten sogar die Einführung einer Impfpflicht, zum Beispiel für die Aufnahme in Kinderkrippen, Vorschulen und Schulen. Auch wenn eine solche Impfpflicht vordergründig als geeignete Lösung zur Verbesserung der Impfraten erscheint überwiegen doch die damit verbundenen Nachteile:

- Eine Impfpflicht ist durch das Grundgesetz nicht abgedeckt
- Die notwendige Einrichtung von Impfregistern erfordert einen erheblichen finanziellen und organisatorischen Aufwand.
- Der Umgang mit persönlichen Daten der Versicherten, insbesondere Sicherheit und Nutzung ist problematisch
- Fehlende Maßnahmen zur Durchsetzung einer Impfpflicht
- Eine Impfpflicht widerspricht der Forderung aller Beteiligten im Gesundheitswesen nach größerer Selbstverantwortung und einem erweiterten Mitspracherecht der Versicherten

Einen vielversprechenden Weg zur Verbesserung der Impfraten ist Schleswig-Holstein gegangen. Dort legen die Eltern vor dem Eintritt in den Kindergarten eine ärztliche Bescheinigung über den Impfstatus ihres Kindes vor. Allein schon durch die notwendige Überprüfung des Impfausweises beim Kinderarzt können Impflücken entdeckt und geschlossen werden.

- *Literaturhinweis: Fritz Beske, Ralf Dirks, Die aktive Schutzimpfung in Deutschland, Stand – Defizite – Möglichkeiten, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Hrsg.), 2003*
- *Ergebnisse der VFA-Studie, vorgestellt am 12. Dezember 2006: „Experten-Umfrage: Impfungen und Impfverhalten“, pdf-Dokument, 14 Seiten, 156 KB*
- *Verschiedene Anlagen (Präsentation, Hintergrundtexte, Grafik, etc.) zur Pressemitteilung des VFA vom 12. Dezember 2006 unter www.vfa.de (Presse / Pressemitteilungen / 12. Dezember 2006)*
- *zurück zur Übersicht <<*

■ Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG

■ www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Thomas Werner (Vors.)

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

■ info@gsk.com

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754

Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:

Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327

■ roger.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Manager Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376

■ ilka.einfeldt@gsk.com

Sabine Skwara
Repräsentanz Berlin
Tel.: 0171 - 9951 776
Fax: 040 - 41523 92128

■ sabine.skwara@gsk.com

Bildnachweis

Haut-Kampagne:
www.2m2-haut.de

Prävention:
AOK Bilderdienst

Pressekonferenz:
Unabhängige Patienten-
beratung Deutschland

Editorial:
GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Bestellung des Patientenbriefes

Möchten Sie den Patientenbrief regelmäßig lesen oder weiterempfehlen? Der Patientenbrief erscheint monatlich und kann kostenlos und unverbindlich abonniert werden.

Möchten Sie von unserem Verteiler gestrichen werden? Bitte klicken Sie im Folgenden auf den passenden Link und wir werden Ihre Wünsche umgehend erledigen.

Hinweis: Ihre Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

■ [Patientenbrief bestellen](#)

■ [Patientenbrief weiterempfehlen](#)

■ [Patientenbrief abbestellen](#)

■ [direkter Kontakt zum Redaktionsteam: de.patientenbrief@gsk.com](mailto:de.patientenbrief@gsk.com)

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀