

**Themen dieser Ausgabe:**

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Ungarns

Seite 1

Das Betreuungsrecht im Wandel

Seite 3

Im Jenseits der Solidargemeinschaft

Seite 5

1 Jahr Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss – Eine Zwischenbilanz

Seite 6

Kurz vorgestellt – Publikationen und Webadressen, die sie kennen (lernen) sollten

Seite 7

Es kommt langsam in Fahrt das Präventionsgesetz. Kabinettsbeschluss Anfang Februar, erste Lesung am 18. Februar. „Wir schließen auf zu den Ländern in Europa, die bereits gute Erfolge mit gesundheitlicher Prävention erzielt haben wie die skandinavischen Länder“, kündigte Ministerin Schmidt an. Erste Teile des Gesetzes sollen bereits Mitte des Jahres umgesetzt werden. Große Änderungen werden, da der Entwurf von einer Bund-Länder-Kommission unter Beteiligung aller Parteien verabschiedet worden ist, nicht mehr erwartet.

Der IPG-Newsletter wird sich in seiner ersten Ausgabe 2005 mit diesem Thema nicht auseinandersetzen, sondern

- 1) die Reihe Gesundheitssysteme in Europa mit einem Beitrag über Ungarn fortsetzen
- 2) sich mit dem Thema „Betreuungsrecht“ beschäftigen
- 3) den Wandel im Gesundheitswesen kommentieren
- 3) eine Zwischenbilanz ziehen: 1 Jahr Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss und
- 4) neue Bücher zu gesundheitswissenschaftlichen Themen vorstellen

Viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe wünscht die [Redaktion](#).

**Veranstaltungen/Tagungen****06.04.2005 [Berlin]**

Zentrale Veranstaltung des BMGS zum Weltgesundheitstag 2005. Thema: Mutter und Kind - Gesundheit von Anfang an! [\[Mehr dazu\]](#)

**14.04.2005 [Berlin]**

Veranstaltung des Humanistischen Verband Deutschlands (Landesverband Berlin e.V.). Die wirksame Patientenverfügung - welche ist für mich die passende? [\[Mehr dazu\]](#)

**14.04.-15.04.2005 [Berlin]**

Deutsches Institut für Urbanistik (Difu). Fachtagung: Lokale Agenda 21 - Umwelt und Gesundheit. Thema: Umwelt in den Kommunen gesundheitsfördernd gestalten. [\[Mehr dazu\]](#)

**17.05.-20.05.2005 [Hamburg]**

Suchttherapietage an der Universität Hamburg. Prävention, Beratung und Behandlung. [\[Mehr dazu\]](#)

**01.06.-04.06.2005 [Stockholm]**

European Conference on the Effectiveness and Quality of Health Promotion in Stockholm. Best practice for better health - 6TH IUHPE. [\[Mehr dazu\]](#)

**15.06.-17.06.2005 [Berlin]**

Hauptstadtkongress 2005. Thema: Krankenhaus, Klinik, Rehabilitation 2005. [\[Mehr dazu\]](#)

**Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Ungarns**

■ Guido Grunenberg

Am 1. Mai 2004 sind zehn neue Länder der Europäischen Union (EU) beigetreten.

In der Serie zu Gesundheitssystemen in Europa widmet sich diese Ausgabe der Betrachtung des ungarischen Gesundheitssystems.

Das ungarische Gesundheitssystem steckt in einer tiefen Krise mit häufig katastrophalen Konsequenzen für die Patienten. Die Pflichtbeiträge für die Krankenversicherung sind hoch, in Krankenhäusern müssen - wenn man überhaupt behandelt werden möchte - zusätzliche „informelle“ Beiträge entrichtet werden, die Verweildauer der Patienten ist rationiert, Ärzte und Personal werden schlecht bezahlt und sind entsprechend überarbeitet und frustriert. In Krankenhäusern selbst herrschen stellenweise unhaltbare hygienische Zustände.

Die Lebenserwartung (Männer 68,4; Frauen 76,7 Jahre) liegt in Ungarn unterhalb der Mexikos. Ein Indikator, der auch dem ungarischen Gesundheitssystem zugeschrieben wird.

Nach einer zentralistischen, rein staatlich finanzierten Gesundheitsversorgung zu Zeiten des Warschauer Paktes, wird das Gesundheitswesen seit Beginn der 90er Jahre im Wesentlichen von zwei Säulen getragen, der nationalen Krankenversicherung und dem Staat. Während die nationale Krankenversicherung aus den Beiträgen von Versicherten und Arbeitgebern die medizinischen Leistungen bezahlt, finanziert der Staat Betriebs- und Investitionskosten für stationäre Einrichtungen.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betrug 2001 laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) 5,5 Prozent (in

Deutschland: 10,7%). Die Arbeitslosenquote liegt in Ungarn zwar nur bei 5,8%, die Erwerbsquote jedoch nur bei 49,5% (Deutschland: 73,3%). Bei einer Einwohnerzahl von rund 10 Millionen beträgt die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen 178 439 (Deutschland: 4,2 Millionen).

**Grundlegende Prinzipien**

Die zu Beginn der 90er Jahre eingeführte nationale Krankenversicherung ist eine Volksbeziehungsweise Bürgerversicherung mit verpflichtendem Charakter für die Gesamtbevölkerung. Die Aufgabe der Krankenversicherung ist primär, die Beiträge einzuziehen und auf ihre 20 regionalen Geschäftsstellen zu verteilen, die wiederum vor Ort Verträge mit Ärzten und anderen Leistungserbringern schließen. Ein privates Krankenversicherungssystem gibt es in Ungarn nicht. Art und Umfang der medizinischen Leistungen sind gesetzlich geregelt. Dabei existieren in mehreren Bereichen Budgets, z.B. für Arzneimittel. Die staatlichen Regionalverwaltungen tragen die Verantwortung für eine flächendeckende Versorgung. Allerdings fehlen ihnen die Mittel für notwendige Investitionen und laufende Betriebskosten der medizinischen Einrichtungen.

Die einheitliche Krankenversicherung speist sich aus Beiträgen der Erwerbstätigen und sichert die Grundversorgung für alle medizinisch notwendigen Leistungen. Vom Beitragssatz (15 %)

trägt der Arbeitgeber 11%. Selbständige zahlen einen vergleichbaren Betrag ihres Einkommens.

In der Praxis erhalten Versicherte nicht immer kostenlosen Zugang zu allen Leistungen. Wartelisten für Krankenhausaufenthalte und Facharztbehandlungen sind an der Tagesordnung. In der Konsequenz zahlen viele Patienten lieber privat für diese Leistungen. Wer unverzüglich behandelt werden will, muss zahlen.

Für Medikamente, Hilfsmittel und Zahnersatz müssen ungarische Versicherte Zuzahlungen leisten. Etwa 300 Medikamente, mit denen die 60 häufigsten Erkrankungen behandelt werden, erstattet die ungarische Krankenversicherung zu 90%. Bei allen anderen Arzneimitteln müssen Patienten zwischen 30 und 50% des Preises selbst bezahlen. Von dieser Regelung ausgenommen sind Bedürftige und chronisch Kranke. Sie erhalten ihre Medikamente kostenlos oder gegen eine Zuzahlung von 10 %. Obwohl Arzneimittel budgetiert sind, beläuft sich ihr Anteil an den Gesamtausgaben auf 30% (Deutschland 2001: 15,4% der GKV-Ausgaben).

### Medizinische Versorgung

Die ambulante Versorgung erfolgt in Ungarn in Privatpraxen und Gemeinschaftseinrichtungen der Kreis- und Stadtverwaltungen über die sogenannten Familienärzte, die eine Lotsfunktion im Gesundheitswesen einnehmen und die erste Anlaufstelle für die Patienten darstellen. Die Allgemeinmediziner, für die sich die Patienten frei entscheiden können, versorgen in ihren Regionen eine festgelegte Einwohnerzahl. Laut WHO lag die Arztdichte in Ungarn 2002 bei 319 Ärzten je 100.000 Einwohner (Deutschland: 336 Ärzte), so dass hier – rein quantitativ - von einer durchaus flächendeckenden Grundversorgung ausgegangen werden kann.

Die Vergütung der Familienärzte erfolgt über Kopfpauschalen durch die nationale Krankenversicherung, die den Ärzten den Versorgungsauftrag erteilt. Die Kopfpauschale richtet sich u.a. nach der Altersstruktur der Patienten, dem Alter und der Ausbildung des Arztes sowie Lage und Größe seiner Praxis. Allerdings wird sie nur bis zu einer bestimmten Patientenzahl gewährt. Der Anreiz für eine umfangreiche, qualitativ hochwertige Behandlung ist dadurch schwach, zumal die Überweisung zum Facharzt die Kopfpauschale nicht beeinträchtigt. So entfielen auf die Primärversorgung Ende der 90er Jahre nur gut 10% der Gesundheitsausgaben (dem gegenüber stehen 40% bei der stationären Versorgung; Deutschland 2001: 32,4%).

Fachärzte können mit Ausnahmen (z.B. Gynäkologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Chirurgen) nur nach einer Überweisung durch den Familienarzt von den Patienten in Anspruch genommen werden. Sie sind in der Regel in Krankenhäusern, Ambulanzen oder den rund 100 selbstständigen Polikliniken angestellt. Ihr Honorar richtet sich nach einem leistungsbezogenen Punktesystem, welches auch Faktoren

wie Weiterbildung und Berufserfahrung berücksichtigt.

Die stationäre Versorgung erfolgt in Krankenhäusern, Polikliniken und Universitätskliniken.

Den rund 160 ungarischen Krankenhäusern fehlen an allen Ecken und Enden finanzielle Mittel. Die Privatisierung der meist staatlichen Einrichtungen ist zwar rechtlich möglich, wegen der hohen Verschuldung der Krankenhäuser finden sich aber kaum private Investoren.

Sowohl die Einführung eines Fallpauschalensystems als auch eine drastische Reduzierung des Fach- und Pflegepersonals sowie der Zahl der Krankenhausbetten konnten die Finanzmisere in den Kliniken nicht entscheidend verbessern. Dafür verschlechterte sich die Versorgungsqualität für Patienten durch (noch) längere Wartezeiten. Darüber hinaus ist die ländliche Bevölkerung im stationären Sektor unterversorgt. 40% der Kliniken liegen im Großraum Budapest, wo jedoch nur ein Fünftel der Bevölkerung lebt.

### Finanzierung

Die einheitliche Krankenversicherung wird von den Beiträgen der Erwerbstätigen und der Arbeitgeber getragen. In der Praxis geben viele Arbeitgeber jedoch bei der Krankenversicherung weniger Gehalt für ihre Angestellten an, um den Beitragssatz zu drücken. Darüber hinaus müssen Arbeitgeber monatlich umgerechnet 15 Euro je Mitarbeiter als „Gesundheitszuschlag“ entrichten, der der Instandhaltung medizinischer Einrichtungen dienen soll. Der Staat finanziert aus Steuergeldern außerdem Betriebs- und Investitionskosten, die unter anderem für Kliniken anfallen, in der Regel jedoch nicht einmal für eine Instandhaltung der Kliniken ausreichen, geschweige denn für Investitionen.

Die Bevölkerung zahlt für alle medizinischen Dienstleistungen aus eigener Tasche hinzu – schwarz. Diese Gewohnheit haben die ungarischen Patienten bereits verinnerlicht. Auch die Ärzte haben sich an diesen Zustand „gewöhnt“ und bessern so ihr Gehalt durch Schwarzgeldzahlungen auf.

Das Grundgehalt ungarischer Ärzte liegt mit durchschnittlich 800-1.500 Euro brutto im Vergleich zu anderen osteuropäischen Ländern im oberen Drittel. An westeuropäische Standards reicht es jedoch unter Berücksichtigung von Schwarzgeldzahlungen und geringerer Lebenshaltungskosten nicht heran. Um ihr Gehalt wieder aufzubessern, arbeiten manche Ärzte regelmäßig für einige Wochen in Deutschland oder anderen westeuropäischen Ländern.

### Bewertung

Das ungarische Gesundheitssystem ist ein Alptraum für die Patienten. Die Primärversorgung ist gekennzeichnet durch Familienärzte, die ihre Lotsenfunktion aufgrund mangelnder Anreize regelrecht wörtlich nehmen und die Patienten

lediglich in den stationären Sektor „lotsen“. Der leidtragende, behandlungsbedürftige Patient steht in der Klinik dann vor der Entscheidung, warten oder zahlen. Der Präsident der ungarischen Ärztekammer, Dr. István Eger, spricht sich zwar gegen die Tradition der Handgeldzahlungen aus, sieht sie jedoch nicht als Korruption, sondern eher als Wertschätzung, die Ärzten von Patienten zuteil wird [[Mehr dazu](#)].

Seit Beginn der 90er Jahre hat jede ungarische Regierung die Reform des Gesundheitssystems versprochen – und dieses Versprechen gebrochen. Klar ist offensichtlich aber auch von politischer Seite, dass die Beiträge zur Krankenversicherung kaum noch zu erhöhen und die Versorgungsqualität kaum noch zu mindern ist.

Reformen setzen in der Regel nur auf der Kostenseite an. Neben Budgetierungen und der Erhöhung von Zuzahlungen, wurde 2004 das „Modell der gelenkten Krankenversorgung“ eingeführt. Wirtschaftsmanager sollen dafür sorgen, dass den Patienten immer das höchste Behandlungsniveau zuteil wird und gleichzeitig nur die billigsten Medikamente verordnet werden. Die Kontrolleure sollen auch un-nötige Facharzt- und Krankenhausüberweisungen sichtbar machen und verhindern. Dieses Modell soll für Einsparungen zwischen vier und acht Millionen Euro pro Jahr sorgen.

Die meisten Reformkonzepte beruhen jedoch überwiegend auf der Hoffnung, Privatisierungen könnten jedes nur denkbare Problem lösen. In erfolgversprechend klingenden „Public-Private-Partnership-Modellen“ wird nahezu blindes Vertrauen in das Management potentieller Investoren gesetzt. Eine Hoffnung, die neben der Frage, wer überhaupt in hoch verschuldete Kliniken investieren sollte, jedoch zweifelsfrei ein (bereits bestehendes) Zweiklassen-System verschärfen und Bedürftige von angemessenen medizinischen Leistungen weiter ausschließen würde.

Weitere Informationen zum ungarischen Gesundheitswesen:

[http://www.aok-bv.de/presse/presseservice/psgpolitik/index\\_03082.html](http://www.aok-bv.de/presse/presseservice/psgpolitik/index_03082.html)

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=45416>

[http://www.fnst.de/webcom/show\\_article.php/\\_c-903/\\_nr-3/i.html](http://www.fnst.de/webcom/show_article.php/_c-903/_nr-3/i.html)

<http://europa.eu.int/eures/main.jsp?catId=4542&acro=living&lang=de&parentId=4380&countryId=HU>

## Das Betreuungsrecht im Wandel

■ Siegfried Dierke

Wie kann eine Balance aussehen zwischen rechtlich gesicherter Patientenautonomie am Lebensende einerseits sowie Fürsorgepflicht und Patientenschutz andererseits?

Mit Patientenverfügungen wollen immer mehr Menschen Vorsorge treffen, dass sie in einem schweren Erkrankungsfall bzw. am Lebensende, wenn sie nicht mehr selbst entscheiden können, (nur) in dem Maße behandelt werden, wie sie es im Vorfeld wünschen. Zumeist handelt es sich darum, für schwerste Erkrankungssituationen keine lebensrettenden oder lebensverlängernden Maßnahmen zulassen zu wollen. Noch bis vor einigen Jahren stand ein Großteil der Mediziner diesen Willenserklärungen skeptisch bis ablehnend gegenüber. Mit der Aufnahme von Patientenverfügungen

in das Betreuungsrecht möchte die Bundesregierung einem Auftrag des Bundesgerichtshofs nachkommen und rechtliche Klarheit schaffen. Dabei soll der Entscheidungsspielraum für PatientInnen erweitert werden. Doch nicht nur die zuständige Enquete-Kommission des Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ hat erhebliche Bedenken hinsichtlich Verbindlichkeit, Reichweite und Form von Patientenverfügungen sowie der schrittweisen Einführung von Sterbehilfe.

Viele Menschen begründen ihre Patientenverfügungen mit dem Wunsch, „in Würde sterben“ zu wollen. Sie haben Angst, in entscheidungsunfähigem Zustand weiterbehandelt zu werden, selbst wenn sie ein Weiterleben aus ihrer heutigen Perspektive nur als „Vegetieren“ oder als nicht lebenswert erachten und darin nur noch eine Leidens- und Sterbensverlängerung vermuten. Nur in wenigen Verfügungen wird, aus Angst vor einer Rationierung medizinischer Leistungen gerade für Alte oder Behinderte, der Erhalt einer maximalen Therapie explizit eingefordert.

So ist in Patientenverfügungen oft zu lesen: „Ich will nicht an Schläuchen hängen, sondern in Würde sterben dürfen...“ (Fallbeispiel A) oder: „Wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich meinen Namen nicht mehr kenne und mich nicht mehr alleine ernähren kann, dann möchte ich z.B. bei einer medizinisch behandelbaren Lungenentzündung keine antibiotische Therapie, sondern lieber an dieser Erkrankung sterben...“ (Fallbeispiel B) oder: „Wenn ein Krebsgeschwür in meinem Körper gestreut hat und

nicht mehr zu heilen ist, dann möchte ich nicht darauf warten müssen, dass mich die Metastasen qualvoll von innen auffressen und ich schmerzhaft dahinsieche. In so einem Fall möchte ich, dass keine weiteren intensivmedizinischen und apparativen Maßnahmen an mir durchgeführt werden und mir ein schnelles Sterben ermöglicht wird, das ggf. auch durch Schmerzmittel beschleunigt wird.“ (Fallbeispiel C).

Erkrankt oder verunfallt eine Person nun so schwer, dass sie ihren eigenen Willen nicht mehr äußern kann, so ist bei der Behandlung der Wille des Patienten maßgeblich. Dies urteilte vor 2 Jahren der Bundesgerichtshof. Dieser Wille, in Patientenverfügungen vorab festgelegt, soll verbindlich gelten für die behandelnden ÄrztInnen, die Angehörigen, gesetzlich bestellte BetreuerInnen oder die mit einer Vollmacht versehenen Personen. Doch stellen sich dabei eine Fülle von Fragen: Was dürfen PatientInnen in einer Patientenverfügung regeln und was nicht? Wie verhält sich der Wunsch der PatientInnen nach Behandlungsabbruch zum ärztlichen Ethos, das Leben ihrer PatientInnen mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen Mitteln zu bewahren? Was müssen und dürfen ÄrztInnen tun oder unterlassen? Wie konkret ist der in der Patientenverfügung formulierte Behandlungswunsch (oder Wunsch nach Behandlungsabbruch)? Trifft er auf die jeweilig eingetretene Erkrankungssituation zu? Und in welcher Situation hat die Person diese Verfügung formuliert?

Würde sie unter den nun gegebenen Umständen eventuell anders entscheiden? Wo gilt der Schutz des Lebens vor der Selbstbestimmung der Patienten?

Diese Abwägungen sind in der Praxis meist zu vielschichtig, um eine Patientenverfügung wortwörtlich umzusetzen. In den Fallbeispielen hat Person A die Verfügung so unkonkret gehalten, dass diese aufgrund der Pauschalisierung keine Gültigkeit haben könnte. Person B bezieht eine Erkrankungssituation ein, die nicht zwangsläufig oder nicht in absehbarer Zeit zum Tode führen würde. Hier wäre nach (noch) geltender Rechtsprechung eine Patientenverfügung ebenfalls unwirksam. Bei Person C wäre ggf. zu prüfen, ob der Sterbeprozess schon eingesetzt hat oder ein Ableben aufgrund der Erkrankung nach Einschätzung der Ärzte nahezu unvermeidlich wäre. Zudem müssten die BehandlerInnen und BetreuerInnen klären, ob die Person in der aktuellen Situation vielleicht anders entscheiden würde, als sie es antizipierend in der Patientenverfügung festgelegt hat.

Unklarheit und Unsicherheit besteht dabei nicht nur für PatientInnen, Angehörige, ÄrztInnen und BetreuerInnen. Auch die obersten Gerichte sehen hier die Rechtssicherheit nicht gegeben. Um Patientenverfügungen im Betreuungsrecht verankern zu können, wurde vom Justizministerium eine Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ eingesetzt, benannt nach ihrem Vorsitzenden Klaus Kutzer, einem ehemaligen Richter am BGH. Im Bericht der Kutzer-Kommission wird einem „Selbstbestimmungsrecht“ von PatientInnen ein großer Stellenwert eingeräumt. Patientenverfügungen sollen danach ohne Abwägungs- und Bewertungsspielraum für ÄrztInnen und BetreuerInnen strikte Beachtung finden. Auch bei einem *Behandlungsabbruch bei nicht tödlichen Erkrankungen* soll der PatientInnenwille entscheidend sein, nicht das Krankheitsstadium. Das Vormundschaftsgericht solle dagegen nur eingeschaltet werden, wenn es zwischen den behandelnden ÄrztInnen und den BetreuerInnen über den Inhalt des Patientenwillens Streit gibt. Auch die Bundesärztekammer will künftig einen schriftlichen oder mündlichen PatientInnenwunsch befolgen, wenn die konkrete Krankheitssituation derjenigen entspricht, die in der Verfügung beschrieben und keine nachträgliche Willensänderung erkennbar ist.

Dagegen sehen die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, die Deutsche Hospiz-Stiftung und viele andere Patienten- und Behinderten-Organisationen in diesen Positionen eine zu hohe Bewertung der Willensäußerungen in Patientenverfügungen, die immer nur einen Anhaltspunkt für die Bestimmung des *mutmaßlichen* Patientenwillens geben könnten. Es wird in Frage gestellt, inwieweit wirklich von Selbstbestimmung gesprochen werden kann, da die PatientInnen oft einem enormen äußeren Druck unterliegen (durch hohe Pflegekosten, die evtl. zu Lasten der An-

gehörigen gehen und die gesellschaftliche Debatte um Überalterung, soziale Kosten und Ressourcen-Knappheit. Diese *Überbetonung des Selbstbestimmungsgedankens* berge eine enorme Gefahr. Deshalb solle die Reichweite von Patientenverfügungen auf Fälle *irreversibler und tödlich verlaufender Erkrankungen* eingeschränkt werden, welche trotz künstlicher Ernährung und/oder medizinischer Behandlung tödlich verlaufen würden.

Auch hinsichtlich der Gültigkeit und Verbindlichkeit bestehen Bedenken: Patientenverfügungen werden oft zu einem Zeitpunkt verfasst, an dem die genannte gesundheitliche Erkrankungssituation weit entfernt liegt und daher Entscheidungsoptionen gänzlich anders bewertet werden. Insbesondere in Krisensituationen wie im Bereich Wachkoma, Demenz oder in Todesnähe kann es zu grundlegenden *Einstellungsänderungen* kommen. Das Selbsterleben kann dann qualitativ völlig unterschiedlich sein und trotz der Schwere des Krankheitsverlaufs Empfindungen von Zufriedenheit und Lebensqualität umfassen.

So empfiehlt die Enquetekommission, dass Maßnahmen der *Basisversorgung* nicht durch Patientenverfügungen ausgeschlossen werden dürfen und vor der Durchführung von passiver Sterbehilfe verbindlich *Ethik-Konsile* eingesetzt bzw. das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden sollen. Die Nicht-Einwilligung in eine lebenserhaltende medizinische Maßnahme müsse zudem die *Schriftlichkeit* als formale Voraussetzung erfüllen.

Die Konfliktlinien bei der Debatte um Patientenverfügungen hinsichtlich Reichweite (auch für Erkrankungssituationen weit vor dem Sterbeprozess, Ausschluss von Basisversorgung etc.), Verbindlichkeit, formalem Charakter, Kontrollfunktionen des Vormundschaftsgerichts und Sterbehilfe gehen derzeit quer durch fast alle Parteien, quer durch die Patientenunterstützungslandschaft, quer durch kirchliche oder christliche Organisationen. Das Bundesjustizministerium hat Ende Februar überraschend den schon veröffentlichten Gesetzentwurf wieder zurückgezogen, der sich weitgehend an den Empfehlungen der Kutzer-Arbeitsgruppe orientierte.

Wichtig wird es in den noch verbleibenden Monaten bis zur geplanten Gesetzesverabschiedung, aber auch darüber hinaus sein, die Debatte nicht nur „ExpertInnen“ in Parlamenten, Kommissionen oder Ministerien zu überlassen, sondern eine breite gesamtgesellschaftliche Debatte über Selbstbestimmung und menschliche Grundwerte zu entfachen. Dabei muss es neben dem Stellenwert von Patientenverfügungen im Betreuungsrecht aber auch um menschenwürdige Bedingungen im Alter, bei Behinderung und im Sterbeprozess gehen. Ein Ausbau von Palliativmedizin, Hospizwesen und

Schmerztherapie könnte viele der in Patientenverfügungen geäußerten Befürchtungen entkräften. Angst vor Schmerzen, unzulänglicher Pflege, fehlender menschlicher Betreuung und mangelnder medizinischer Versorgung stellen schwerwiegende soziale und pflegerische Mängel dar, die nicht mit weit reichenden Patientenverfügungen und über den Umweg eines falsch interpretierten Selbstbestimmungsrechts „gelöst“ werden sollten. Wenngleich das Justizministerium den Themenkomplex Sterbehilfe bei der Neuregelung des Betreuungsrechts voraussichtlich ausklammern wird, werden Forderungen nach weiterer Legalisierung passiver oder indirekter aktiver Sterbehilfe, wenn dies auf dem eindeutigen Patientenwillen beruht, immer lauter werden. KritikerInnen wie z.B. der SPD-Bundestagsabgeordnete Wolfgang Wodarg sehen in den schon erfolgten Legalisierungen der Sterbehilfe in einigen EU-Ländern einen „Wunsch-Tod auf Krankenschein“, mit dem „Menschen entsorgt [werden], die unter diesen Defiziten [der Gesellschaft] leiden.“ Die Debatte über den Abbruch von Behandlungen sowie über Leben und Sterben in Würde wird auf diese Weise oft geprägt von diskriminieren

den Vorstellungen über Behinderung und kann zu einer schleichenden Selbst-Entwertung alter und kranker Menschen durch Patientenverfügungen führen.

Weitere Quellen:

[http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik\\_med/berichte\\_stellg/index.html](http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med/berichte_stellg/index.html)  
[http://www.kritischebioethik.de/patientenverfuegung\\_gesetzentwurf\\_bmj\\_%2001-11-2004.pdf](http://www.kritischebioethik.de/patientenverfuegung_gesetzentwurf_bmj_%2001-11-2004.pdf)  
<http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf>  
[http://www.bmj.bund.de/enid/55fb7e705ed844c2c4c3385b8b9b70ba.69cb75707265737365617274696b656c5f6964092d0931343535093a096d795f79656172092d0932303034093a096d795f6d6f6e7468092d093036/Presse/Pressemitteilungen\\_58.html](http://www.bmj.bund.de/enid/55fb7e705ed844c2c4c3385b8b9b70ba.69cb75707265737365617274696b656c5f6964092d0931343535093a096d795f79656172092d0932303034093a096d795f6d6f6e7468092d093036/Presse/Pressemitteilungen_58.html)  
[http://www.imew.de/imew.php/cat/80/aid/121/title/Patientenverfuegung\\_%E2%80%93\\_ein\\_notwendiges\\_und\\_wirksames\\_Instrument\\_zur\\_Staerkung\\_der\\_Patientenautonomie](http://www.imew.de/imew.php/cat/80/aid/121/title/Patientenverfuegung_%E2%80%93_ein_notwendiges_und_wirksames_Instrument_zur_Staerkung_der_Patientenautonomie)  
 –  
[http://www.gruene-fraktion.de/cms/themenspecial\\_bioethik/dok/58/58471.htm](http://www.gruene-fraktion.de/cms/themenspecial_bioethik/dok/58/58471.htm)  
[www.hospize.de](http://www.hospize.de)

## Im Jenseits der Solidargemeinschaft

■ Burkhard Gusy

"Prävention bedeutet einfach gesundes Leben" textete die Pressestelle des BMGS anlässlich der ersten Lesung des Präventionsgesetzes im Februar 2005. Dies bleibt vor allem Personen zu raten, die nicht mehr sozialversichert sind - eine offensichtlich in den letzten Jahren zunehmende Zahl an Menschen in Deutschland. Wer diese sind und welche Entwicklungen sich abzeichnen ist Thema dieses Beitrags.

Aus einer Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf die Anfrage des FDP-Abgeordneten Volker Wissing geht hervor, dass im Jahr 2003 insgesamt 188.000 Personen keinen Versicherungsschutz (mehr) genießen. Dieses wird mit der wirtschaftlichen Lage, aber auch mit dem Wandel der Sozialversicherungssysteme in Verbindung gebracht. Nicht eingerechnet sind bei dieser Zahl diejenigen Bundesbürger, deren Behandlungen das Sozialamt bislang bezahlt hat. Dieses sind nach Angaben von FINANZtest weitere 1,1 Millionen Bundesbürger. Gezahlt wird allerdings nur, so lange ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht. Durch die Zusammenlegung von Arbeits- und Sozialhilfe im Rahmen von Hartz IV gibt es vermehrt Personen, die keine Leistungsansprüche mehr geltend machen können. Vornehmlich handelt es sich dabei um Personen, die einer "Bedarfsgemeinschaft" zugerechnet werden. Für diese Personen gibt es weder Hilfen zum Lebensunterhalt noch Unterstützung für eine angemessene Unterkunft, kranken- und sozialversichert sind sie darüber hinaus auch nicht, sofern sie unverheiratet sind. Eine Eingliederung in die Familienversicherung (bei Ehepaaren) ist nur auf Antrag möglich. Die Regelungen sind nicht überall bekannt, so dass es derzeit auch möglich ist, dass Personen keinen Versicherungsschutz beanspruchen, obwohl ihnen dieser zusteht. Diese Entwicklung schlug bereits durch, der Verband niedergelassener Ärzte registriert in den letzten Monaten zunehmend Behandlungsanfragen nicht krankenversicherter Personen.

Der ehemalige Bundeskanzler Kohl klagte vor zehn Jahren über einen Mangel an Unternehmergeist. Im Vergleich zu anderen EU-Staaten gäbe es in Deutschland zu wenige Existenzgründer. Nachfolgende politische Initiativen

zielten darauf ab, den Unternehmergeist zu fördern. Seit Jahren nun gibt es in der Bundesrepublik Deutschland einen Zuwachs an Kleinstunternehmen, die häufig nur aus den Gründern ohne weitere Beschäftigte bestehen. Die Zunahme ist vor allem im Dienstleistungssektor zu finden, von 65% im Jahre 1992 auf 71% im Jahre 2002.

Die Ich-AG ist eines der bekanntesten Förderinstrumente der letzten Jahre zur Unternehmensgründung. Arbeitslose Leistungsempfänger erhalten über drei Jahre einen Existenzgründungszuschuss und haben Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung unter der Voraussetzung, dass sie zuvor einmal Pflichtmitglied waren. Das trifft für 90 Prozent der Gründer zu.

Im ersten Jahr liegt der Zuschuss für die Gründung einer Ich-AG bei 600 Euro im Monat, im zweiten bei 360 Euro/Monat und im dritten bei 240 Euro/Monat. Die Zuschüsse sind steuerfrei, nach drei Jahren entfallen sie vollends. Zur Berechnung des Mindestbeitrags zur Krankenversicherung wurden im Jahre 2004 monatliche Mindesteinnahmen von 1.207,50 Euro zugrunde gelegt. Bei einem Beitragssatz von 13% fällt ein monatlicher Mindestbeitrag zur Krankenkasse von 150 Euro an. Für die Pflegeversicherung sind weitere 20 Euro zu zahlen.

Eine Rentenversicherungspflicht für Ich-AG-ler besteht darüber hinaus. So lange der Existenzgründungszuschuss gezahlt wird, müssen mindestens 78 Euro Beitrag monatlich gezahlt werden. Werden mehr als 400 Euro monatlich verdient, gilt für die Förderungsphase das so genannte „Gründerprivileg“. Der Beitrag zur Rentenversicherung verringert sich dadurch auf ein fiktives Arbeitseinkommen, das nur dem halben

monatlichen Regelsatz entspricht. Der halbe Regelsatz lag im Jahr 2004 in Westdeutschland bei 1.207,50 Euro und im Osten bei 1.015,00 Euro. Bei einem Beitragssatz von 19,5 Prozent für die Rentenversicherung entspricht das einem monatlichen Beitrag von etwas über 235 Euro im Westen und rund 198 Euro im Osten. Die günstigen Konditionen für die Sozialversicherung enden mit Ablauf der Förderung, danach werden wesentlich höhere Sozialabgaben fällig.

Neben der Ich-AG gibt es ein weiteres arbeitsmarktpolitisches Förderinstrument, das zu strukturell ähnlichen Problemen führt. Das „Überbrückungsgeld“, nach wie vor gefragt, wird sechs Monate gewährt in der Höhe der letzten Entgeltzahlung mit einem Aufschlag von 30%. Für die Krankenversicherung sind 13% von einem Mindesteinkommen zu entrichten, dessen untere Grenze mit 1.800 Euro festgesetzt wird

(mindestens 230Euro). Eine Rentenversicherungspflicht besteht nicht.

Diese Modelle (Ich-AG, Überbrückungsgeld) können nur dann erfolgreich sein, wenn durch die Selbständigkeit eine echte berufliche Perspektive geschaffen werden kann. Das erzielte Einkommen muss neben der Sicherung des Lebensunterhalts auch Vorsorge ermöglichen für die sozialen Risiken Krankheit, Alter, Pflege, und Invalidität. Daten über die Einkommenssituation aus der Arbeitslosigkeit geförderter Selbständiger belegen, dass dies derzeit nicht möglich wäre, wenn die Existenzgründung kein Nebenverdienst wäre.

Da für Selbständige keine Sozialversicherungspflicht besteht, die Einstiegsbeiträge zur Sozialversicherung aber sehr hoch sind, steht eine ähnliche Entwicklung zu befürchten wie derzeit schon bei Kleinstunternehmern. Säumlige Beitragszahler werden nach kurzen Fristen (ca. 2 Monaten) aus dem Kreise der Versicherten ausgeschlossen. Für diejenigen, die aus dem

sozialen Netz herausfallen, ist es ungleich schwerer wieder aufgenommen zu werden, vor allen Dingen dann, wenn diese krank sind. Berichte über diese und ähnliche Schicksale wurden in den letzten Monaten zunehmend in den Medien präsentiert. Eine Reform der Sozialsysteme ist dringend geboten, die den sich ändernden Rahmenbedingungen von Selbständigkeit Rechnung trägt.

Quellen:

<http://www.wz-berlin.de/publikation/pdf/wm106/35.pdf>

<http://ichag.vnr.de/>

Schulze Buschoff, Karin (2004), Neue Selbstständigkeit und wachsender Grenzbereich zwischen selbständiger und abhängiger Erwerbsarbeit – Europäische Trends vor dem Hintergrund sozialpolitischer und arbeitsrechtlicher Entwicklungen. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin (WZB-Bestellnummer SP I 2004-108)

## 1 Jahr Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss – Eine Zwischenbilanz

■ Siegfried Dierke

Erklärtes Ziel des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) war es, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu verbessern, Beteiligungsmöglichkeiten zu erweitern und damit medizinische Leistungen passgenauer zu gestalten. So sind nun auch Vertreter von Patientenorganisationen in jenem Gremium beteiligt, das die wichtigsten und zentralen Entscheidungen für gesetzlich Versicherte trifft, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Einiges konnten die Patientenvertreter hier bewegen und Verbesserungen für

Patienten und Versicherte erwirken. Aufgrund ihrer eingeschränkten Mitwirkungsrechte, ihrer völlig unzureichenden finanziellen und personellen Ausstattung, ihrer Minderheitenposition und der Arbeitsstrukturen des G-BA fällt die 1-Jahres-Zwischenbilanz allerdings nicht nur positiv aus.

Als Rechtsnachfolger der Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, des Koordinierungsausschusses und des Ausschusses Krankenhaus ist am 01.01.2004 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als neues Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung eingerichtet worden. Dem G-BA obliegt u.a. die Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV sowie Festlegungen des Leistungsrechts. Er ist untergliedert in sechs Entscheidungsorgane und 25 Unterausschüsse (z. B. DMP, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Psychotherapie, häusliche Krankenpflege, Prävention, Kriterien zur Qualitätsbeurteilung), wobei jede der 3 „Bänke“ (Kostenträger, Leistungsanbieter sowie Patientenorganisationen) hier jeweils 9 bzw. 5 Vertreter entsenden.

Per Rechtsverordnung (Patientenbeteiligungsverordnung nach § 140 g SGB V) wurden als „maßgebliche Organisationen zur Beteiligung“ im G-BA folgende Einrichtungen für die Patientenvertretung aufgeführt: der Deutsche Behin-

derntenrat (DBR), die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), die Verbraucherzentrale Bundesverband (VZBV) und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG). Diese „Patientenbank“ hat nun einvernehmlich sachkundige Personen zu benennen, die z.T. themenspezifisch wechselnd die Patienteninteressen im Ausschuss und den z.T. wöchentlich tagenden Unterausschüssen zu vertreten haben. Dies erforderte einen sehr hohen Koordinierungsaufwand, unter den beteiligten Organisationen das gesetzlich vorgeschriebene Einvernehmen herzustellen, was aber letztlich erfolgreich bewerkstelligt wurde. Hierzu wurde ein Steuerungsgremium gebildet, das insgesamt mehrere hundert Vertreter und Stellvertreter ausgewählt hat. Nahezu aber eine Überforderung ist das erforderliche Arbeitsvolumen für die ehrenamtlich und zumeist in ihrer Freizeit tätigen Ausschussmitglieder der Patientenorganisationen. Ihnen werden dafür außer Fahrtkosten keinerlei finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt. Darum sehen die Patientenvertreter in einer besseren finanziellen Ausstattung und Änderung der Arbeitsstrukturen einen ganz dringenden Handlungsbedarf.

Unter dem hohen Zeitdruck und der mangelhaften Finanzsituation leiden zudem auch die inhaltliche und organisatorische Vorbereitung,

Qualifizierung, interne Verständigungsprozesse über Verfahren, Strategie und Inhalte sowie Abstimmung und öffentliche Diskussionen mit Basis-Organisationen innerhalb der „Patientenbank“, da diese im Gegensatz zu den Krankenkassen und Leistungserbringern nicht über einen entsprechenden Verwaltungsapparat verfügt.

Die Patientenbeteiligung ist vom Gesetzgeber gegen lang anhaltenden Widerstand der anderen „Bänke“ (Selbstverwaltungen der Kostenträger und Leistungsanbieter) durchgesetzt worden, nicht zuletzt aufgrund verpflichtender Vorgaben der EU. Jedoch haben die Patientenvertreter lediglich ein Mitberatungs- und Antragsrecht, aber keine Mitentscheidungsbefugnis eingeräumt bekommen. Diese Einschränkung wird allerdings unterschiedlich beurteilt: Fordern einige Patientenorganisationen die vorbehaltlose und gleichberechtigte Mitwirkung, so sehen andere darin auch einen kleinen Vorteil, nämlich patientenfeindliche Beschlüsse nicht auch noch als unterlegene Minderheit und strukturell benachteiligte „Bank“ mittragen und gemeinsam verantworten zu müssen. Jedoch wird übereinstimmend von den Patientenvertretern betont, dass sich die Schweigepflicht über Entscheidungsabläufe im G-BA hemmend auf die öffentliche Diskussion der eigenen Standpunkte und auf die Transparenz der Arbeit des G-BA auswirkt. Außerdem besteht die Gefahr, dass bei unpopulären Entscheidungen des G-BA erklärt werden könne, diese Beschlüsse seien doch mit Beteiligung von Patientenvertretern gefällt worden. Positiv betont wird allerdings, dass sie an den Plenar- und Ausschusssitzungen gleichberechtigt beteiligt und wie alle Seiten in den Informationsfluss des G-BA einbezogen wurden.

In der Satzung des neu geschaffenen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die Beteiligung der Patientenorganisationen sogar auf das bloße Recht auf Stellungnahme begrenzt und somit noch schwächer als im G-BA. Auch hier fordern die Patientenorganisationen eine größere Einflussnahme.

Hinsichtlich der Einwirkungen auf konkrete Be-

schlüsse sieht das Fazit aus einem Jahr Mitarbeit in den Strukturen des G-BA aus Sicht der Patientenorganisationen gemischt aus: Positiv vermerkt werden Entschärfungen bei der Chroniker-Richtlinie, Ausweitung der Fahrkosten-erstattung im Rahmen der ambulanten Behandlung und Verbesserungen bei der Heilmittelrichtlinie. Mit den Nachbesserungen bei der Ausnahmeliste der nicht-verschreibungspflichtigen und damit nicht mehr erstattungsfähigen Arzneimittel (OTC-Ausnahmeliste) zeigt sich die Patientenbank hingegen genauso unzufrieden wie mit den Regelungen zu den Festzuschüssen beim Zahnersatz. Für das laufende Jahr setzen sich die Patientenvertreter das Ziel, bei der Diskussion um die Verfahrensordnung im G-BA die schematische Anwendung des Ansatzes der „Evidence based Medicine“ aufzuweichen und um Aspekte des Patientennutzens im Hinblick auf Lebensqualität, Geschlecht oder besondere Versorgungsbedarfe zu erweitern.

Insgesamt wird die Beteiligung der Patienten im Bundesausschuss größtenteils positiv bewertet, aber betont, dass hier noch ein Entwicklungsprozess in den nächsten Jahren abzuwarten sei, v.a. hinsichtlich eines Finanzierungsmodells für die inhaltliche Vorbereitung, Koordinierung und fachliche Qualifizierung der Patientenbank und dem immensen personellen Aufwand, den die Mitarbeit im G-BA erfordert. Wenn hier von Seiten der Politik nur auf die verstärkte Mobilisierung eigener Ressourcen der Patientenorganisationen verwiesen wird, ist eine wirkliche Patientenbeteiligung wohl doch nicht gewünscht. Bloße Feigenblätter bei der administrativen Rationierung gesetzlicher Gesundheitsversorgung wollen die meisten Vertreter der Patientenbank nicht sein. Die Ressourcen für die angemessene Infrastruktur einer Patientenbeteiligung könnten über den Aufbau eines Patienten-Fonds erreicht werden, dem Geldmittel aus allen Bereichen des Gesundheitssystems zufließen.

Weitere Informationen

<http://www.nakos.de/site/data/BilanzPatientenbeteiligung.pdf>

<http://www.g-ba.de>

<http://patientenstellen.de/>

[http://www.nakos.de/site/data/Angerhausen\\_2004.pdf](http://www.nakos.de/site/data/Angerhausen_2004.pdf)

<http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/5CAD082CF9411BB9C1256FA100337AE4?OpenDocument>

### Kurz vorgestellt Patient – Bürger – Kunde

Sigrid Graumann, Katrin Grüber (Hg.) (2004). Patient- Bürger – Kunde. LIT Verlag, Münster, Mensch-Ethik- Wissenschaft, Bd. 1. 248 S. 19.90 broschiert

So lautet der Titel eines Buches, das im LIT Verlag neu erschienen ist und soziale bzw. ethische Aspekte des Gesundheitswesens aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

Neben der Veränderung der Patientenrolle im neoliberalen Krankenhaus und dem Versuch, Patienten-Autonomie neu zu bestimmen im Spannungsfeld zwischen alter paternalistischer Fürsorge und vermeintlicher Selbstbestimmung des „Kunden“ auf einem freien Gesundheitsmarkt stehen v.a. Fragen der Ressourcen-Allo-

kation im Gesundheitswesen im Mittelpunkt dieses Buches.

Es wird aufgezeigt, wie Patientenrechte durch Berücksichtigung ethischer Prinzipien (und nicht nur Kosten-Nutzen-Überlegungen) durchaus mit Priorisierungs- und Finanzierungsmodellen in Einklang zu bringen sind.

Die größtenteils sehr gut auf einander abgestimmten Beiträge bereichern die politische Debatte um eine gerechte Ausgestaltung des Gesundheitssystems insbesondere dadurch,

dass die Autorinnen und Autoren unterschiedlichen Disziplinen wie Philosophie, Biologie, Theologie, Psychiatrie, Medizin, Soziologie oder Epidemiologie entstammen und so das Themenfeld aus verschiedenen Perspektiven beleuchten.

Mit Beiträgen von Frigga Haug, Sigrid Graumann, Klaus Dörner, Regine Kollek, Monika Bobbert und Günter Altner u.a.

Sigrid Graumann, Katrin Grüber (Hg.). Patient-Bürger – Kunde. LIT Verlag, Münster, Mensch-Ethik- Wissenschaft, Bd. 1. 248 S. 19.90 Broschier. ISBN 3-8258-8206-3

### Der Gesundheitsmarkt in Deutschland.

Specke, H.K. (2005). Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten - Fakten – Akteure. (3. Auflage). Bern: Huber.

Anspruch ist es „über ein Netzwerk an Schlüsselwörtern den Gesundheitsmarkt in den Grundzügen zu erschließen und aktuelle Reformbestrebungen zu den einzelnen Themen aufzuzeigen (S.10)“. Und dann geht es los: Von A wie Ärzte über F wie Forschung, K wie Kostenerstattung, Q wie Qualität, S wie Solidarität und last not least Z wie Zuzahlungen. In kompakten Kapiteln werden die verschiedenen Stichworte lexikalisch behandelt, am Ende finden sich Hinweise auf andere Beiträge und auf einschlägige Institutionen. Der Autor unternimmt eine Gratwanderung zwischen der Kürze der Abhandlung und der Darstellungstiefe. Die gewählten Themen sind zweifelsohne allesamt

wichtig, so wichtig, dass an vielen Stellen noch mehr an Informationen zu einzelnen Teilbereichen wünschenswert wären. Warum einige Begriffe als Schlüsselbegriffe auftauchen wie z.B. Gesundheitsziele, andere wiederum nur als Stichwort wie z.B. Gesundheitsberichterstattung, erschließt sich für den Leser nicht. Gründe für die Herausstellung von Begriffen als Schlüsselbegriffe werden nicht dargelegt.

Der unbestreitbare Vorteil des lexikalischen Aufbaus des Buchs liegt darin, dass viele verschiedene Themen behandelt werden. Eine Systematisierung mit "Lotsen"-funktion für den schwer überschaubaren Gesundheitsmarkt Deutschland sollte für die vierte Auflage ins Auge gefasst werden..

### AOK – die Gesundheitskasse

Mit Beginn der letzten Ausgabe des IPG-Newsletter startete eine Serie über die Internetauftritte der Krankenkassen. In dieser Ausgabe wird die Webseite der AOK näher vorgestellt.

Der Internetauftritt der AOK ist gekennzeichnet durch einen starken regionalen Bezug. Von der Startseite aus erfolgt eine Verknüpfung hin zu den einzelnen Bundesländern.

Das allgemeine - für Versicherte und Nichtmitglieder zugängliche - Informationsangebot ist klar unterteilt in die gesetzlichen Versicherungsbereiche (Leistungen, Beiträge, Zusatzversicherungen, Zahnersatz etc.) und allgemeine, gesundheitsbezogene Informationen zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Wellness und Reisen. Spezialthemen, z.B. im Rahmen der Gesundheitsreform (Hilfsmittel, Zahnersatz, Zuzahlungen etc.) werden gesondert aufbereitet und aktualisiert.

Für Mitglieder der AOK stehen spezielle Serviceangebote zur Verfügung. Dazu gehören u.a. ein Online-Ärzte-Service sowie interaktive Foren und Informationsportale, z.B. zu sämtlichen

Handlungsfeldern der Primärprävention. Aber auch Interessierte können interaktive Angebote wie regionale Sportpartnerbörsen oder allgemeine Ratgeberforen, z.B. interaktive Fitness-Tipps im Büro, nutzen.

Generell nehmen die Bereiche Prävention und Vorsorge einen hohen Stellenwert ein. Die Bandbreite geht hier von allgemeinen Tipps bis zu gesetzlichen Leistungen und den konkreten Präventionsmaßnahmen vor Ort.

Insgesamt gesehen ist der Internetauftritt der AOK sehr anwenderorientiert. Durch einen starken regionalen Bezug bietet er nicht nur Mitgliedern, denen exklusive Serviceleistungen zur Verfügung stehen, einen umfangreichen und informativen Überblick über allgemeine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und regionale Themen und Aktionen.

### Impressum

#### Herausgeber:

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

e-Mail: [newsletter-redaktion@ipg-berlin.de](mailto:newsletter-redaktion@ipg-berlin.de)

#### Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

#### Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 10.06.2005

#### Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den Verteiler aufnehmen lassen.