

Themen dieser Ausgabe:

Neuerliches Defizit bei der Gesetzlichen Krankenversicherung offenbart Reformstau

Seite 1

Gesundheitskommunikation

Seite 2

Gesundheit nach der Wahl

Seite 3

Der IPG_Newsletter_Gesundheitsförderung informiert kurz, knapp und bündig über aktuelle gesundheitsbezogene Themen und erschließt weitere Informationsquellen zu den jeweiligen Themenkomplexen. Der Newsletter erscheint alle drei Monate und kann abonniert werden durch einen Eintrag in unseren [Verteiler](#).

Neben inhaltlichen Beiträgen werden Hinweise auf Tagungen oder Veranstaltungen veröffentlicht. Hinweise für interessante Veranstaltungen nimmt die [Redaktion](#) entgegen.

Die vielfältigen Reaktionen auf unseren ersten Newsletter sowie die hohe Nachfrage deuten wir als Bestätigung für unsere Initiative und hoffen auch dieses Mal erneut interessante Themen ausgewählt zu haben.

Veranstaltungen/Tagungen

30.10.2002; 18-20 Uhr:

Podiumsdiskussion in der Urania in Berlin zum Thema „Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl – wo bleibt der Patient“. [\[Mehr dazu\]](#)

13.11.2002; 9.15-16 Uhr

Fachtagung in der Freien Universität Berlin zum Thema „Gesundheit und soziale Lage von jungen Menschen in der Region Berlin-Brandenburg - Daten und Konzepte für die Prävention“ [\[Mehr dazu\]](#).

15.-16.11.2002

In Bremen findet eine Fachtagung: zum Thema „Krankenhausorganisation, Qualitätssicherung und Haftung“ statt. [\[Mehr dazu\]](#)

28.-30.11.02

In Dresden findet die 10. Jahrestagung der Europäischen Public Health Vereinigung (EUPHA) zum Thema „Bridging the gap between research and policy in Public Health. Information, promotion and training“ statt. [\[Mehr dazu\]](#)

Neuerliches Defizit bei der gesetzlichen Krankenversicherung offenbart Reformstau

■ Guido Grunenberg

Auch nach der Bundestagswahl und den verheerenden Halbjahreszahlen 2002 ist nicht erkennbar, mit welchen ganzheitlichen Reformansätzen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf eine solide Finanzgrundlage gestellt werden könnte. Eine weitere Erhöhung der Beitragssätze kann nicht mehr ausgeschlossen werden. Im Vordergrund stehen derzeit kleinere Reformprojekte, wie die in den Koalitionsverhandlungen festgelegte Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze oder die Stärkung von Patientenrechten. Zwei Reformkonzepte mit systemveränderndem Ansatz, die in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wenig Berücksichtigung finden, zeigen hingegen neue Wege auf.

Die Bilanz des ersten Halbjahres 2002 der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weist ein Defizit von 2,4 Mrd. Euro aus. Verantwortlich hierfür ist insbesondere die anhaltende, konjunkturell bedingte Einnamenschwäche der Krankenkassen trotz Anhebung der Beitragssätze zum Jahresbeginn um 0,4 Prozentpunkte auf durchschnittlich 14%. Mit welcher Strategie dem Kollaps des Gesundheitssystems vorgebeugt werden könnte, ist – auch nach der Bundestagswahl – derzeit nicht erkennbar.

Reformvorhaben, selbst in kleinem Stil, scheinen auf der Stelle zu treten. Die Stärkung von Patientenrechten, von der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen im Jahresgutachten 2001/2002 angemahnt, steht nach wie vor oben auf der Tagesordnung. [\[Mehr dazu\]](#). Die geplanten Disease-Management-Programme, vor der Wahl noch kurzfristig von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) blockiert, sorgen auch nach der Wahl weiter für Verstimmung. Der Vorsitzende der KBV, Dr. Richter-Reichhelm, wirft nun den Krankenkassen vor, dass es ihnen nicht um die Qualität der Versorgung chronisch Kranker, sondern lediglich um die Beschaffung zusätzlicher Finanzmittel aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) geht. [\[Mehr dazu\]](#)

Wie hingegen die GKV auf eine solide finanzielle Basis gestellt und in ihrer Struktur möglicherweise richtungsweisend erneuert werden könnte, zeigen die beiden nachfolgend skizzierten Reformkonzepte.

Das „Berliner Konzept“ wurde unter der Federführung von Prof. Beske vom Kieler Institut für Gesundheits- und Systemforschung entwickelt. Verkürzt wiedergegeben, entlastet das Expertenkonzept die GKV und belastet die öffentliche Hand, z.B. durch Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel. Mit einer Entlastung um bis zu 14 Mrd. Euro rechnen die Autoren dieses Kon-

zepts. Eine weitere Forderung der Experten-Gruppe ist, die Beitragsbemessung auf alle Einkommensarten auszuweiten und nur dann die Versicherungspflichtgrenze vorsichtig anzuheben. [\[Mehr dazu\]](#)

Unterstützung erfährt die Gruppe um Prof. Beske durch eine Expertise der Friedrich-Ebert-Stiftung zu Eckpunkten einer neuen Gesundheitspolitik. In ihr wird ebenso die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage sowie eine Neuregelung der Versicherungspflichtgrenze gefordert. Auch versicherungsfremde Leistungen aus dem derzeitigen Leistungskanon der GKV herauszunehmen und aus Steuermitteln zu finanzieren, gehört zu den dort genannten Forderungen. Wettbewerb unter klaren Rahmenbedingungen ist die Prämisse für das Gesundheitssystem, staatliche Organe fungieren als Wettbewerbshüter. Der Finanzausgleich zwischen den Kassen soll beispielsweise ausschließlich morbiditätsorientiert vorgenommen werden. Um Leitlinien zu erarbeiten sowie neue Therapien und Arzneimittel zu bewerten, soll ein unabhängiges Institut eingerichtet werden. [\[Mehr dazu\]](#)

Eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von 3.375 € auf 4.500 € nimmt Konturen an. Damit will das Gesundheitsministerium die Abwanderung aus der gesetzlichen Krankenversicherung stoppen. Die Beitragsbemessungsgrenze soll allerdings nicht angetastet werden.

Beide Konzepte sehen die Ausweitung von Prävention als zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik. Das Gesundheitsministerium unterstreicht dieses ebenfalls als eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Ziele. [\[Mehr dazu\]](#)

Die Gesundheitsausgaben werden individuell und insgesamt steigen. Der demographische Wandel wird das Einnahmeproblem verschärfen. Beide Konzepte können eine Systement-

lastung zweifelhaft. Die Entlastungen des GKV-Systems würden auf der einen Seite die Staatsfinanzen (höhere steuerfinanzierte Ausgabenlast) belasten und zu höheren

finanziellen Belastungen für die Versicherten durch die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrenze auf andere Einkommensarten führen.

Gesundheitskommunikation

■ Burkhard Gusy

Vertrauen sie nicht darauf, was Sie in Gesundheitsbüchern und Diätatgebern lesen. Sie könnten an einem Druckfehler sterben (Marc Twain).

Gesundheitskommunikation ist ein interdisziplinäres Anwendungsfeld von Gesundheits- und Kommunikationswissenschaftlern, das in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend Aufmerksamkeit erlangt. Hiervon zeugt der von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld gerade gestartete ([Bachelor Studiengang zu Gesundheitskommunikation](#)) sowie ein von den Organisations herausgegebenes gleichnamiges Lehrbuch.

Zwei Fragestellungen sind in diesem Bereich derzeit von zentralem Interesse:

- 1) Wie lässt sich die personal-kommunikative Interaktion z.B. zwischen Arzt und Patient verbessern?
- 2) Wie können Gesundheitsinformationen medial vermittelt werden?

Zu 1) Im Arzt-Patient-Kontakt werden Beschwerden und Symptome, mögliche Ursachen und Befürchtungen, diagnostisches Vorgehen und Behandlungsstrategien, mögliche erwünschte Ergebnisse oder auch ggf. unerwünschte Folgen in einem Beratungsgespräch behandelt. In dieser komplexen häufig von Zeitdruck geprägten Interaktion verbergen sich eine Vielzahl möglicher Probleme. So wussten Epstein und Mitarbeiter (1993) zu berichten, dass Patienten ungefähr 18 Sekunden nachdem sie mit der Beschreibung ihrer Symptome begonnen haben vom Arzt unterbrochen werden mit der Konsequenz, dass wichtige Besorgnisse nicht geschildert werden. Merwe (1995) ergänzt, dass sich Patienten und Ärzte in 50% aller Besuche über die Natur des zugrundeliegenden Problems nicht einig werden können.

Ärzte lasten nach Erkenntnissen von Levinson und Mitarbeitern (1993) die Kommunikationsprobleme häufig den Patienten und nicht sich selber an obwohl 75 % keine ausreichende Schulung in kommunikativen Fertigkeiten berichten. 67% der Ärzte sind, nach einer Studie von Franke (1995), unzufrieden mit der Menge an Zeit, die sie für Patienten aufbringen müssen, 90% meinen, dass Patienten ihre Ratschläge und Anweisungen nicht oder nur teilweise ausführen.

Dies erklärt warum nach Darstellung von Thompson (2002) die Zufriedenheit mit dem Gesundheitsversorgungssystem bei vielen Personen größer ist als die mit den die Versorgung begleitenden Kommunikationsprozessen. Die bisherigen Erkenntnisse zur direkten personalen Gesundheitskommunikation haben das Problemverständnis vertieft, bislang aber wenig Interventionen hervorgebracht, die zur Verbesserung der Situation beitragen.

zu 2) Die Technikentwicklung hat in den letzten zehn Jahren auch die medialen Möglichkeiten zur Gesundheitskommunikation verändert. Medial vermittelte Gesundheitsangebote zielen auch bei zunehmenden „interaktiven“ Möglichkeiten primär auf die Verbreiterung gesundheitsbezogenen Wissens zur Aufklärung von in Bezug auf das Gesundheitsproblem bzw. dessen Vermeidung bedeutsamen Teilen der Bevölkerung.

Das Zusammenwachsen von Computer- und Nachrichtentechnik ermöglicht eine Interaktion zwischen Mensch und Maschine die z.B. in CD-ROM-Anwendungen, Internetseiten oder Gesundheitskiosks genutzt werden bzw. eine maschinenvermittelte Mensch zu Mensch Interaktion, die in E-Mails, Newsgroups oder im Chat realisiert wird.

Mit zunehmenden Interaktionsmöglichkeiten bietet sich die Chance, personenbezogene Angaben zur Auswahl der im zweiten Schritt präsentierten Informationen zu nutzen um die Passung zwischen Person und präsentiertem Informationsangebot zu verbessern. Das diese Art der Informationspräsentation das Gesundheitsverhalten effektiver beeinflusst als herkömmliche (mediale) Strategien konnten Bull, Kreuter & Scharff, 1998 im Bereich der Adipositas-Prävention zeigen. Diese Möglichkeiten werden in Telemedizin, Tele-Teaching und Teleprävention zunehmend genutzt. Mit diesen Möglichkeiten verbundene ethische Probleme bedürfen noch einer Lösung.

Die zunehmende Verbreitung von gesundheitsbezogenen Informationen im Internet offenbart eine Angebotsfülle, deren Qualität für den Nutzer nicht zweifelsfrei einschätzbar ist. Variationen ergeben sich mit Blick auf Aktualität, Vollständigkeit, empirischer Basis sowie Klarheit in der Darstellung um nur einige Aspekte anzuführen. Die Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsinformationen in den neuen Medien rückt hiermit in den Blick.

Selbstverpflichtungen der Anbieter, Gütesiegel oder aber auch externen Begutachtungen z.B. durch Einrichtungen des Verbraucherschutzes werden diskutiert, eine Qualitätsbeurteilung von Gesundheitsinformationen durch den Nutzer ist auf der Grundlage von Kriterien für gute Gesundheitsinformationen, die von Wissenschaftlern, Praktikern und Patienten in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt wurden, möglich ([Kriterienliste](#)).

Gesundheit nach der Wahl

■ Siegfried Dierke

Im Koalitionsvertrag zwischen der SPD und Bündnis90/Die Grünen vom 17.10.2002 [[mehr dazu](#)] wurden die Leitlinien der Gesundheitspolitik für die nächsten vier Jahre verabredet. Unter der Überschrift „Mehr Qualität und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ werden die Themen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Steuerung der Leistungen, Qualität und Qualitätsmanagement der Versorgung, Patientenschutz und Patientenrechte, Anerkennung der Arbeit der im Gesundheitsdienst Beschäftigten sowie Verminderung ihrer Belastungen, Sucht- und Drogen sowie Pflege angesprochen. Ziel der Gesundheitspolitik soll, wie in der Einleitung dargestellt, der Erhalt des solidarischen Gesundheitssystems mit einer „hochstehenden medizinischen und gesundheitlichen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen, sozialer Stellung und Wohnort“ sein.

Die neue Bundesregierung will den Bürgerinnen und Bürgern mehr Möglichkeiten einräumen, ihren Krankenversicherungsschutz selbst zu gestalten. Selbstbehalte und höhere Selbstbeteiligungen sollen Anreize für ein kostenbewusstes Verhalten setzen. Da das Sachleistungsprinzip den Patienten künstlich uninformiert hält, wird grundsätzlich die Kostenerstattung eingeführt. Die Lockerung des Werbeverbots soll den Versicherten die umfassende und neutrale Information erleichtern. Der Arbeitgeberanteil wird als Bestandteil des Lohns – eingefroren auf heutigem Niveau- ausbezahlt, um den Automatismus zwischen steigenden Gesundheitsausgaben und Lohnkosten zu durchbrechen. (Hierfür muss allerdings verschmerzt werden, dass die höheren Gesundheitskosten dann zur Gänze von den Arbeitnehmern getragen werden). Da der Markt bekanntlich am besten geeignet ist, die Gesundheitsversorgung zu optimieren, kann der Risikostrukturausgleich schrittweise abgebaut werden. Prävention in Form von Bewegungsstunden oder Ernährungsberatung stellen wichtige Elemente dar, mit denen die Bürgerinnen und Bürger durch ein gesundheitsbewusstes Leben zur Krankheitsvermeidung beitragen können. Bonusysteme, wie beim Zahnersatz, unterstützen die Motivation. Leistungen, die vom Einzelnen durch Wahrnehmung der Verantwortung für die eigene Gesundheit vermieden werden können, sollen aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden. Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, nicht im Kernkatalog enthaltene Leistungen privat abzusichern.

Nein, die [FDP](#) bekommt doch nicht das Gesundheitsressort, und dieses Szenario ist somit auch nicht Teil des Koalitionsvertrages der neuen Bundesregierung geworden. Etliche Forderungen aus den Wahlprogrammen des Junior-Partners „[Bündnis 90/Die Grünen](#)“, (aber auch der [PDS](#).) wie z.B. nach Einbeziehung anderer Einkommensarten (aus Selbständigkeit, Zinsen, Mieten oder Spekulationsgewinnen) finden sich hier allerdings auch genauso wenig wieder wie die Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsberufe oder die längst überfällige Inkraftsetzung der Positivliste.

Im [Koalitionsvertrag vom 16.10.2002](#) sprechen sich Rot-Grün dafür aus, die GKV durch Anhebung der Versicherungspflichtgrenze (nicht jedoch der Beitragsbemessungsgrenze) zu stärken. Ob dies allerdings ausreichen wird, die Finanzierungslücken zu decken, kann bezweifelt werden. Ohne weitere Einnahmequellen zu erschließen, müssen zwangsläufig die Beiträge erhöht und/oder die Leistungen gekürzt werden.

„Angesichts der demographischen Entwicklung“ will die Bundesregierung den Leistungskatalog der GKV stetig anpassen und die Versorgung „strikt am medizinisch Notwendigen“ ausrichten. Hier muss kritisch verfolgt werden, ob sich hinter solchen Formulierungen

nicht auch weitere Leistungsausgrenzungen verbergen könnten.

Die Kassen sollen zukünftig mit den Leistungsanbietern auch Einzelverträge abschließen dürfen, wobei der Zugang (zu den medizinisch notwendigen Leistungen) weiterhin wohnortnah bei freier Arztwahl möglich sein soll. Der Gesundheitssicherstellungsauftrag soll dafür entsprechend angepasst werden. (Die [PDS](#) befürchtet dadurch für manche Versicherten eine teilweise Einschränkung des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen).

Enttäuschend liest sich der Passus zu Prävention und Gesundheitsförderung. Die Federführung soll hier das „[Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung](#)“ übernehmen, in dessen Gründungserklärung aber lediglich Verhaltensprävention, Lebensweisen und Arbeitsbedingungen erwähnt werden. Dass, wie die [Grünen](#) und auch die [PDS](#) in ihren Wahlprogrammen zurecht feststellten, eine große Reihe von Krankheitsauslösern individuell nur schwer beeinflussbar ist und daher eine nachhaltige Gesundheitspolitik die Einbettung in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik erfordert, findet sich hier leider nicht wieder. Überraschenderweise taucht dafür im Koalitionsvertrag auch die Forderung von FDP und CDU auf, den Kassen die Entwicklung von Anreiz- und Bonussystemen zu gestatten.

Die neue Bundesregierung will den Patientenschutz ausbauen durch eine Patientencharta und einen Patienten-Beauftragten. Auch in punkto der Zusammenfassung der Patientenrechte in einem Patientenschutzgesetz konnten sich die Bündnisgrünen somit nicht durchsetzen.

Gleichfalls muss beobachtet werden, wie die nunmehr geplante Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (zunächst auf freiwilliger Basis) mit dem Anspruch der Grünen, „[gläserne Patienten](#)“ auf keinen Fall zu tolerieren, in Einklang gebracht wird.

Dafür soll ein Gentest-Gesetz weitgehenden Schutz für die Patientinnen und Patienten bieten.

Was sich davon aber umsetzen lässt, wird die Zeit erst zeigen müssen. Die Stärkung der Patientenrechte und der Gesundheitsförderung sowie die Beitragssatzstabilität standen auch schon im rot-grünen [Koalitionsvertrag von 1998](#), genauso wie der Schutz von Würde und Grundrechten im Rahmen von medizinisch-ethischen Fragen, die Stärkung der Rolle des Hausarztes oder die Positivliste. (An dieser Stelle steht nun: „Die Arzneimittelversorgung wird liberalisiert“, womit Schmidt wohl die Internet-Apotheken ins Spiel holen will).

Vieles davon ist nur sehr unbeherzt angegangen worden oder ließ sich innerhalb von 4 Jahren nicht erfüllen. Sicherlich musste sich Rot-Grün damals zunächst mit dem Erbe der Seehofer-Ära herumschlagen, und vielleicht können sie nun einige ihrer Reformpunkte schneller angehen. Es wird sich jedoch erst noch herausstellen, ob die nun beabsichtigten

gesundheitpolitischen Maßnahmen, die überwiegend Positionen aus dem [SPD-Wahlprogramm](#) abbilden und viele vorwärtsweisende Vorschläge der Grünen oder der PDS unberücksichtigt lassen, für Patientinnen und Patienten süße Medizin oder bittere Pillen sind. Reines Brechmittel hätten wir allerdings bei einem anderen Wahlausgang bekommen.

Impressum

Herausgeber:

Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
FU Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Burkhard Gusy, Guido Grunenberg

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe

15.01.2003

Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den [Verteiler](#) aufnehmen lassen.