

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Slowakischen Republik

Seite 1

Gesundheitspolitische Positionen der Parteien im Wahlkampf

Seite 3

Das Gesundheitssystem in Deutschland: Die Perspektive der Versicherten

Seite 5

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

- Die GEK im Internet
- Babitsch, B. (2004) Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit
- Politikberatung Anne Alex (Hg.) (2005). KRANK-SEIN in den Zeiten von Hartz IV.

Seite 6

Impressum

Seite 7

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Slowakischen Republik

■ 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 der Slowakischen Republik.

Mit der Erlangung der Eigenständigkeit der Slowakischen Republik 1992 wurde das bis dahin steuerfinanzierte, verstaatlichte Gesundheitssystem 1993 in ein beitragsfinanziertes, dezentrales Pflichtversicherungssystem umgewandelt und ähnelt dabei in seiner Grundstruktur dem deutschen Gesundheitssystem.

Kurz vor der vorgezogenen Bundestagswahl erhalten sie die neue Ausgabe des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung. Aus gegebenem Anlass

- kontrastieren wir die gesundheitspolitischen Positionen der Parteien
- setzen unsere Reihe zu Gesundheitssystemen mit der Slowakischen Republik fort
- berichten über Ergebnisse aus Befragungen von Versicherten zur Zukunft des bundesdeutschen Gesundheitssystems und
- stellen interessante Webseiten und Publikationen vor.

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung wünscht auch für diese Ausgabe viel Spaß beim Lesen. Für Anregungen und Hinweise sind wir dankbar.

Veranstaltungen/Tagungen

21.09.-24.09.2005 [Berlin]
Berliner Zentrum Public Health (BZPH). 4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland verbunden mit den Jahrestagungen der DGSMF und der DGMS. [\[Mehr dazu\]](#)

22.09.-24.09.2005 [Freiburg]
Uni Freiburg. 7. Kongress für Gesundheitspsychologie. [\[Mehr dazu\]](#)

Das Gesundheitssystem der Slowakischen Republik kennzeichnet eine auch im EU-Vergleich hohe flächendeckende Versorgung, der jedoch ein enormes Budgetdefizit in Höhe von rund 670 Millionen Euro gegenübersteht. Verantwortlich hierfür ist neben einer stärkeren Beanspruchung der Leistungen durch die Versicherten und der allgemein angespannten wirtschaftlichen Lage auch eine gesetzliche Regelung, wonach der Staat für bestimmte Versichertengruppen (Kinder, Erwerbslose, Ehepartner, Rentner, Studenten) einen Teil der Gesundheitskosten übernimmt. Nachdem bereits Experten um die umfangreiche, moderne medizinische Versorgung fürchteten, steckte sich die slowakische Regierung neue Ziele, die am 01.01.2005 in einer Gesundheitsreform mündeten, um das finanzielle Defizit abzubauen und mehr Kontrolle über die Kostenentwicklung zu erlangen. Ein marktorientierter Ansatz legt nun ein starkes Augenmerk auf Deregulierung, Privatisierung, mehr Wettbewerb und die Mobilisierung von privaten Ressourcen. Sinngemäß bedeutet dies einerseits die Umwandlung staatlicher Gesundheitseinrichtungen in Aktiengesellschaften und andererseits eine Erhöhung der Zuzahlung für die Patienten.

Sozial- und gesundheitspolitische Rahmendaten

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt beträgt 6,5% (in Deutschland: 10,7%). Die Arbeitslosenquote liegt in der Slo-

27.09.-29.09.2005 [Leipzig]
Pflegemesse Leipzig. Fachmesse und Kongress für ambulante und stationäre Versorgung. [\[Mehr dazu\]](#)

28.09.-30.09.2005 [Magdeburg]
Hochschule Magdeburg Stendal (FH). Herbst-Akademie 2005. Gesundheitsförderung im Alltag durch Organisationen und Gemeinden im europäischen Kontext. [\[Mehr dazu\]](#)

13.10.-14.10.2005 [Hennef/Sieg]
Jahrestagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V. Hartz IV (SGB II) und die Auswirkungen auf verschiedene sozialpolitische Handlungsfelder. [\[Mehr dazu\]](#)

27.10.-28.10.2005 [Mainz]
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVGS). Bundeskongress 2005: Sozialarbeit im Gesundheitswesen – Kontinuität und Wandel. [\[Mehr dazu\]](#)

14.11.-16.11.2005 [Berlin]
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS-Fachkonferenz SUCHT 2005: Früherkennung und Frühintervention. [\[Mehr dazu\]](#)

18.11.-19.11.2005 [Berlin]
11. Kongress Armut und Gesundheit. [\[Mehr dazu\]](#)

01.12.-02.12.2005 [Dresden]
1. Nationaler Präventionskongress in Deutschland. [\[Mehr dazu\]](#)

wakischen Republik bei 14% (in Bratislava 5%), die Erwerbsquote bei 60,2% (Deutschland: 73,3%). Bei einer Einwohnerzahl von rund 5,5 Millionen (davon ca. 500.000 in Bratislava) beträgt die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen 70.000 (Deutschland: 4,2 Millionen einschl. Pharma- und Geräteindustrie und Sekundärwirtschaft).

Grundlegende Prinzipien

Rund zwei Drittel der ca. 5,5 Millionen Einwohner der Slowakischen Republik sind in der „All-gemeinen Krankenversicherung“, ähnlich der AOK in Deutschland, einer von fünf gesetzlichen Krankenkassen pflichtversichert. Die Krankenkassen werden durch Aufsichtsgremien ähnlich der deutschen Selbstverwaltung kontrolliert. Sie setzen sich zu gleichen Teilen aus Vertretern aller Beitragszahler, Arbeitgebern, Arbeitnehmern und staatlichen Vertretern zusammen.

Über den Umfang des Leistungskatalogs entscheidet das slowakische Parlament (Slowakischer Nationalrat). Da sowohl Versicherungsbeiträge und Leistungsumfang gesetzlich festgelegt sind, können die Krankenversicherungen lediglich auf der Basis von Marketing und Kundenservice in Wettbewerb zueinander treten. Von den Krankenkassenbeiträgen zahlen die Kassen alle notwendigen medizinischen Leistungen. Neben diesen Leistungen kommen sie nach WHO-Angaben auch für Mutterschafts-

geld, Krankengeld sowie die Kosten für Berufsunfälle und -krankheiten auf. Für einige Arzneimittel fallen Zuzahlungen an. Nicht erstattet werden Zahnersatz, Sterilisation, Akupunktur, Abtreibung ohne medizinische Indikation und Psychotherapie. Die Patienten entrichten für medizinische Leistungen Gebühren nach vorher festgelegten Tarifen.

Private Kranken- und Zusatzversicherungen spielen in der Slowakischen Republik nur für Auslandsreisen eine Rolle. Die Apotheken wurden bereits 1995 privatisiert.

Medizinische Versorgung

Die Gesundheitsversorgung wird in der Slowakischen Republik von staatlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern, Polikliniken, Privatkliniken und Ambulanzen abgedeckt. Die ambulante Erstversorgung obliegt Allgemeinärzten, Kinderärzten, Gynäkologen und Zahnärzten, den Primärärzten. Die Patienten können die Ärzte der Primärversorgung frei wählen. Für den Facharzt benötigen sie eine Überweisung (gilt nicht für chronisch Kranke und für Augenarzttermine).

Die Primärärzte werden nach unterschiedlichen Kopfpauschalen bezahlt, die das Gesundheitsministerium festlegt. Patienten sind für ein halbes Jahr an ihren Primärarzt gebunden. Zahnärzte und Fachärzte werden leistungsbezogen honoriert, dabei bestehen aber monatliche Höchstgrenzen. Die Hälfte der Fachärzte praktiziert privat, die andere Hälfte steht im Staatsdienst. Die Zahl dieser Spezialisten ist seit den 90er Jahren um mehr als zwölf Prozent gestiegen, da sie mehr verdienen als Primärärzte.

Die Arztdichte lag 2002 bei 320 Ärzten je 100.000 Einwohner (Deutschland: 336). Obwohl in den Städten dreimal mehr Ärzte angesiedelt sind als auf dem Land, gibt es laut WHO kaum Unterschiede in der Versorgung – weder qualitativ noch quantitativ.

Im stationären Sektor gibt es in der Slowakischen Republik drei Typen von Krankenhäusern. Die Kliniken des ersten Typs haben einen Einzugsbereich bis 50.000 Einwohner und verfügen über Stationen für Innere Medizin, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Chirurgie. Typ-2-Kliniken sind für bis zu 200.000 Einwohner angelegt und beschäftigen zusätzliche Spezialisten. Beide Krankenhausformen bieten oft auch ambulante Leistungen an. Hochspezialisierte Medizin gibt es in den wenigen Krankenhäusern vom Typ 3, die für bis zu 1,5 Millionen Bürger verfügbar sein sollen.

Die Zahl der Krankenhausbetten lag 2002 nach WHO-Angaben bei 765 je 100.000 Einwohner (Deutschland: 901). Die Vergütung der Krankenhausleistungen richtet sich nach der Bettenauslastung. Die hierfür gezahlten Pauschalen unterscheiden sich je nach Kliniktyp. Sie reichen aber nicht, um kostendeckend zu wirtschaften. Zudem besteht durch diese Vergütungsform

kein Anreiz, die hohen Liegezeiten zu reduzieren, da dieses neue Einnahmeausfälle nach sich ziehen würde. Die Kliniken waren bereits Ende der 90er Jahre mit etwa 250 Millionen Euro verschuldet, wovon jedoch 150 Millionen Euro aus offenen Forderungen an die Krankenkassen resultierten.

Laut den Standesvertretern liegen die durchschnittlichen Gehälter für Angestellte im Gesundheitswesen in der Slowakischen Republik derzeit bei nur 390 Euro, sogar Fachärzte verdienen nur rund 450 Euro monatlich. Die Angestellten von Krankenhäusern müssen auf Grund von Personalmangel oft in mehreren Abteilungen gleichzeitig Dienst leisten.

Finanzierung

Die Finanzierung des slowakischen Gesundheitswesens ist kompliziert und erfolgt durch Beitragszahlungen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber und des Staates. Der Beitragssatz liegt einheitlich bei 13,7% des Brutto-Einkommens. Davon trägt der Arbeitgeber 10%, der Arbeitnehmer 3,7%. Selbständige zahlen ihren Beitrag komplett selbst. Die Beitragsbemessungsgrenze liegt beim achtfachen des staatlich festgelegten Mindesteinkommens.

Eine kostenlose Mitversicherung für Kinder und erwerbslose Ehepartner ist im slowakischen Gesundheitssystem nicht vorgesehen. Für sie sowie für Rentner, Arbeitslose, Studenten, Soldaten, Behinderte und Häftlinge entrichtet der Staat die Beiträge. Mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 01.01.2005 verpflichtete sich der Staat für diese 3,2 Millionen Slowaken umfassende Personengruppe (nur) noch einen Beitrag in Höhe von 4% des durchschnittlichen Bruttoeinkommens als Krankenkassenbeitrag zu zahlen. So ist der staatlich finanzierte Anteil im beitragsfinanzierten Gesundheitswesen zwar noch immer hoch, doch die doppelt verringerten Beitragseinnahmen für mehr als die Hälfte der Versicherten bilden das größte Problem der slowakischen Krankenkassen. Ein Risikostrukturgleichgewicht, der im Wesentlichen auf den Faktoren Alter und Geschlecht basiert, soll die unterschiedliche Verteilung dieser Versichertengruppen (für die der Staat weniger Beiträge bezahlt) auf die fünf Krankenkassen ausgleichen.

Zu den finanziellen Problemen tragen auch die Arzneimittelausgaben bei. Ihr Anteil stieg im Laufe der 90er Jahre von 17 auf 30 Prozent der Gesamtausgaben (Deutschland 2003: 16,7 Prozent). Eine „Positivliste“ für den stationären Sektor und eine zweite für ambulante Behandlung, die 1998 eingeführt wurde und gut 1.600 Medikamente umfasst sowie Zuzahlungen zu Arzt- und Krankenhausbesuchen, die seit dem 01.01.2005 noch angestiegen sind, konnten den Trend nicht umkehren. Zuzahlungsfrei sind für slowakische Patienten lediglich Arzneimittel aus der niedrigsten Preisgruppe eines Wirkstoffs. Zuzahlungsgrenzen wie in Deutschland gibt es nicht.

Bewertung

Das slowakische Gesundheitswesen ist krank. Nicht selten werden Spitäler wegen Finanzmangel geschlossen. In vielen Kliniken werden nur 60 Prozent der Kapazität der Klinik ausgelastet. Ein bis zwei Wochen im Monat sind die Krankenversicherungen insolvent. Immer wieder kommt es zu Medikamenten-Engpässen, weil die Krankenversicherungen die Rechnungen der Apotheken nicht begleichen können. Im Juni 2005 protestierten mehr als 1.000 Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen vor dem Parlament gegen schlechte Arbeitsbedingungen und niedrige Gehälter.

Die Aktiengesellschaften und privaten Träger, die im Rahmen der Gesundheitsreform planen, Kliniken und auch Krankenkassen zu „übernehmen“, gleichen einen Teil des Budgetdefizits aus (die verschuldeten Einrichtungen belasten dann nicht mehr den Haushalt, sondern den jeweiligen privaten Träger). Im Gegenzug fordern sie jedoch Einfluss auf deren Politik und die personelle Besetzung, die dann staatlich kaum mehr zu regulieren sein wird.

Es besteht die Gefahr, dass das eigentliche Kapital des slowakischen Gesundheitssystems, die gut ausgebildeten Ärzte, verstärkt ins Ausland abwandern. Denn seit dem EU-Beitritt im Mai 2004 werden die berufsqualifizierenden Abschlüsse von Ärzten in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union anerkannt. Obwohl das durchschnittliche Monatseinkommen slowaki-

scher Ärzte höher ist als in den meisten anderen Berufszweigen, verdient man im Westen unvergleichlich mehr. Das Ergebnis der EU-Richtlinie vom August 2004 ist, dass ein Arzt mit Fremdsprachkenntnissen im Prinzip frei wählen kann, in welchem Land er arbeiten möchte. Im Jahr 2004 haben 363 Ärzte auf der Suche nach Arbeit im Ausland die Slowakische Republik verlassen, verglichen mit gerade einmal 62 im Jahr zuvor.

Noch verheerender erscheinen dagegen die Auswirkungen der Reform auf die Patienten, insbesondere die sozial Schwachen. Belastungsgrenzen wie in Deutschland gibt es nicht. Bereits jetzt verzichten mittellose oder gering verdienende Patienten aus Geldnöten auf ihre Medikamente oder dosieren geringer. Die durch die WHO konstatierte gute Versorgung auf dem Land bzw. in den Regionen außerhalb von Bratislava, die von starker Arbeitslosigkeit betroffen sind, wird sich in diesem Zuge verschlechtern.

Weitere Informationen zum slowakischen Gesundheitswesen:

<http://www.aok->

[bv.de/presse/presseservice/psgpolitik/index_02729.html](http://www.aok-bv.de/presse/presseservice/psgpolitik/index_02729.html)

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=45934>

<http://europa.eu.int/eures/main.jsp?catId=5042&acroliving&lang=de&parentId=4880&countryId=SK>
http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw05_1d.pdf

Gesundheitspolitische Positionen der Parteien im Wahlkampf

■ Siegfried Dierke

Das Vorziehen der Bundestagswahl und der dadurch stark verkürzte Wahlkampf haben dazu geführt, dass auch die unterschiedlichen Positionen der Parteien zur Gesundheitspolitik in der Bevölkerung kaum hinreichend bekannt geworden sind. In den Wahlprogrammen der meisten Parteien wird zudem fast ausschließlich auf Finanzierungsfragen eingegangen. Dabei liegen hier Vorschläge vor, das Krankenversicherungssystem in drastischer Weise neu zu gestalten. Dennoch ist der erwartete „Lagerwahlkampf“ um einen gerechten Zugang zum Gesundheitssystem für alle BürgerInnen medial (zumindest bis zum Erscheinen

dieses Artikels) nur spärlich in Szene gesetzt worden. Weitergehende Vorschläge zur Ausgestaltung des Gesundheitssystems tauchen in den Programmen - wenn überhaupt - meist nur in Randnoten auf.

Einen radikalen Systemwechsel fordert die FDP. Für sie steht fest, dass die sozialen Sicherungssysteme „nicht mehr leistungsfähig“ seien und „viel zu hohe Lohnzusatzkosten“ sich wie eine „gigantische Sondersteuer“ auswirkten. Daher soll die Absicherung des Krankheitsrisikos zukünftig nur noch über einen privaten Krankenversicherungsschutz für alle erfolgen, wobei ein Mindestumfang verpflichtend ist. Für die Versicherungsunternehmen wird ein Kontrahierungszwang ohne Risiko- oder Alterszuschläge geplant, allerdings nur für diese Kernleistungen. Ein sozialer Ausgleich soll alleinig über ein steuerfinanziertes Bürgergeld erfolgen. Ganz im Sinne neoliberaler Strategien werden die Vokabeln Wahlfreiheit, Eigenverantwortung, privatrechtlicher Wettbewerb und Abkehr von bürokratischer Bevormundung groß geschrieben.

Nicht ganz so weit gehen die Unionsparteien: Sie sehen eine Gefährdung von Arbeitsplätzen durch Lohnzusatzkosten sowie der GKV-Finanzierung durch den Fortschritt in der Medizintechnik und der demographischen Entwicklung. Daher wollen sie die Arbeitgeberbeiträge auf 6,5% reduzieren und dauerhaft „einfrieren“.

Der größte Teil der Krankenkasseneinnahmen soll hingegen gespeist werden aus einer „Gesundheitsprämie“ der Versicherten: Alle Erwachsene, auch EhepartnerInnen und volljährige Kinder sollen unabhängig vom Einkommen monatlich eine Kopfpauschale von 109 EUR an die Kassen abführen, jedoch nicht mehr als 7% des Bruttoeinkommens. Nicht nur für Arbeitgeber, auch für Besserverdienende bedeutet dies eine deutliche Senkung ihrer Krankenkassenbeiträge. Doch mehr als die Hälfte aller Erwachsenen wäre nach diesem Modell wahrscheinlich finanziell überfordert: Demnach könnten ca. 31 Mio. Erwachsene nach einer Bedürftigkeitsprüfung einen steuerfinanzierten Sozialausgleich beantragen, weshalb die Union ihrem Vorschlag auch das Attribut „solidarisch“ gibt. Die Gegenfinanzierung dieses Transfervolumens von 20-30 Mrd. EUR würde der Union allerdings noch einige Probleme bereiten, oder aber die Versicherten mit niedrigem Einkommen müssten bei klammen Staatskassen letztendlich doch weit mehr als bislang für ihren Krankenversicherungsschutz bezahlen.

Dem gegenüber stellen SPD, GRÜNE und die Linkspartei in verwirrender Weise unter dem gleichen Namen „Bürgerversicherung“ ähnliche, doch im Detail durchaus unterschiedliche Modelle vor. Zumindest etwas haben sie gemeinsam: In einer Bürgerversicherung sollen alle BürgerInnen versichert sein, was einer Auf

hebung der Versicherungspflichtgrenze gleichkommt. Da private Krankenversicherungen Bestandsschutz einfordern, sollen diese ggf. die Möglichkeit einer Bürgerversicherung zu gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten können. Die Finanzierungsbasis der Krankenversicherungen soll auf 2 Ebenen gefestigt und erweitert werden: Einerseits durch den Einbezug von Gewerbetreibenden, Freiberuflern, Beamten und anderen Personengruppen, andererseits durch die Ausweitung der Bemessungsgrundlage. Neben Löhnen und Gehältern sollen auch auf andere Einkommensarten (wie z.B. Kapitaleinkommen bei Wahrung eines Sparerfreibetrags) Krankenkassenbeiträge abgeführt werden. Die SPD betont dabei zwar verbal den Solidargedanken, doch plant sie, Miet- und Pachteinnahmen außen vor zulassen. Ebenfalls sollen nach ihrem Modell Besserverdienende nur einen geringeren Anteil ihrer Einkünfte in die Bürgerversicherung einbezahlen, da die Beitragsbemessungsgrenze bestehen bleiben soll. Grüne und Linkspartei hingegen wollen diese Bemessungsgrenze zumindest zunächst auf 5100 EUR anheben bzw. ganz abschaffen.

Damit höhere Löhne und eine große Zahl von Beschäftigten nicht zu einer ungerechten Belastung der Unternehmen aufgrund der Lohnzusatzkosten führen, schlägt die Linkspartei die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe vor: Entsprechend der realen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sollen so die Arbeitgeber ihren Beitrag zu den sozialen Sicherungssystemen entrichten. In der Wahrung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber sehen auch Rot-Grün eine wichtige Voraussetzung dafür, dass das Interesse der Unternehmen an einem funktionierenden Gesundheitssystem nicht erlischt.

Überraschender Weise findet sich auf der Homepage der SPD der Satz: „*alles medizinisch Notwendige ist versichert: zu 100% und in bester Qualität.*“ Doch Ulla Schmidt beteuert, dass eine Reduzierung der Zuzahlungen und Praxisgebühr nicht geplant sei. Dies allerdings sehen die GRÜNEN zumindest für einige Personengruppen dringend geboten. Trotz der Unterschiedlichkeit ihrer Finanzierungsmodelle bekunden SPD und CDU, dass der GKV-Katalog in der jetzigen Form erhalten bleiben soll. Die Linkspartei möchte ihn eher erweitern, auch die GRÜNEN sehen die Grenze der Belastbarkeit auf PatientInnenseite erreicht; die FDP will dagegen noch mehr Leistungen ausgliedern, damit sie ggf. auf freiwilliger Basis privat abgesichert werden könnten.

Jenseits von Finanzierungsfragen findet sich ansonsten nicht viel: Die Förderung von Wettbewerb und Konkurrenz soll nach den Vorstellungen fast aller GesundheitspolitikerInnen die Qualität und Effizienz der Versorgung verbessern, wobei die Sozialisten dazu andere Strukturreformen durchführen wollen. Hierzu zählen u.a. Konzepte zur Behebung des Ärztemangels auf dem Land sowie Verbesserungen

der sozialen Bedingungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen auch im Sinne der PatientInnen und ihrer Versorgung. Ähnlich findet sich das auch im grünen Wahlprogramm. GRÜNE, SPD und CDU wollen Direkt-Verträge zwischen Kassen und Leistungsanbietern erleichtern, gleichzeitig soll nach den Sozialdemokraten der Risikostrukturausgleich erhalten bleiben.

Patientenmitbestimmung und Patientenrechte spielen im Vergleich zum Wahlkampf vor 3 Jahren eine noch geringere Rolle: Die Sozialdemokraten erwähnen hierzu lediglich die (schon längst erfolgte und bislang nicht gerade sehr schlagkräftige) Einrichtung der Stelle des Patientenbeauftragten. Die GRÜNEN wollen immerhin die Selbstbestimmung und Selbstorganisation der PatientInnen besser absichern und den Zugang zu Informationen verbessern. 20 Monate Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss haben hier auch enorme Defizite aufgezeigt. Eigenverantwortliches Entscheiden wollen Rot-Grün durch bessere Information und Aufklärung bewirken, wohingegen Vertreter von Schwarz-Gelb unter Patientenbeteiligung lediglich die Kostenbeteiligung sehen. Durch Beendigung des Sachleistungsprinzips oder Wahlmöglichkeiten sollen PatientInnen zu sparsamem Handeln geführt werden. Forderungen, den Gesundheitsbereich an geschlechtsspezifischen Bedürfnissen auszurichten, finden sich insbesondere bei den GRÜNEN. Auch die Pflege nimmt in den gesundheitspolitischen Äußerungen der Parteien einen größeren Raum ein. Doch es geht ebenfalls zumeist um die Finanzierung, Bürgerversicherungsmodell versus Kapitaldeckungsprinzip. Inhaltliche Vorstellungen tauchen nur selten auf, z.B. bei den GRÜNEN die Förderung neuer Wohnformen oder professionelle Unterstützung für Angehörige.

Behandlungsprogramme, Leitlinien-Entwicklung, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Entwicklung der Krankenhauslandschaft, Privatisierung, Sicherstellungsauftrag, Patientenautonomie und -mitbestimmung, inhaltliche Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung, all dies findet sich in den Äußerungen der WahlkämpferInnen kaum oder gar nicht. So bleibt zu befürchten, dass die nächsten Jahre gekennzeichnet sein werden durch die Debatten um Finanzierungsmodelle oder deren Umsetzung, andere wichtige Aufgaben der Gestaltung der Versorgungslandschaft jedoch zu wenig Beachtung in der Politik finden.

Prävention und Gesundheitsförderung tauchen hier und da im Wahlkampf auf: GRÜNE und Linkspartei betonen dabei die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die SPD den Setting-Ansatz, bei der FDP herrscht das Denken vor, dass primär jeder Einzelne selbst verantwortlich ist sowie mit der individuellen Lebensweise gesundheitliche Risiken steuern könne, und die CDU versucht zu be-

Das Gesundheitssystem in Deutschland: Die Perspektive der Versicherten

■ Burkhard Gusy

Ende des Jahres 2004 standen die Krankenkassen unter Druck. Sie sperrten sich gegen die im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes von der Bundesministerin für Gesundheit versprochenen Beitragssenkungen, Überschüsse sollten zum Abbau von Verpflichtungen genutzt werden und nicht an die Versicherten zurückgezahlt werden. In dieser Situation realisierte die Stiftung Bertelsmann eine Versichertenbefragung im Rahmen des jährlichen Gesundheitsmonitors.

1.436 Versicherten wurden in den Monaten Oktober und November 2004 befragt. Der Versprechung der Bundesministerin für Gesundheit, dass die Beiträge zur Krankenversicherung im Laufe des Jahres 2004 sinken würden, schenken nur knapp 5% glauben. Die Mehrzahl (70%) prognostizierte hingegen einen weiteren Anstieg der Versicherungsbeiträge. Über die Hälfte der Versicherten (58%) rechneten mit weiteren Einschränkungen des Leistungskatalogs. Aus Kostengründen verweigert wurden 16% der befragten Versicherten ärztliche Leistungen. In einer Studie der Continentale Krankenversicherung aus dem Jahre 2004, in der 1.255 Versicherte befragt wurden, berichteten ungleich mehr (30% der Befragten), dass Ärzte bei Behandlungen oder Rezepten Einschränkungen vornehmen oder sie in Rechnung stellen wollten.

Über die Perspektiven der Finanzierung herrscht Ratlosigkeit. Während 44% der Befragten nicht glauben, dass die gesetzlichen Krankenkassen für die nachgefragten Leistungen aufkommen können, drückten 31% ihre Ratlosigkeit darin aus, dass sie die Frage nicht beantworteten.

Finanzielle Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen belasten die privaten Haushalte im Jahre 2004 mit durchschnittlich 770 Euro pro Versicherten und liegen damit 220 Euro über der für das Jahr 2003 ermittelten Summe. Die durchschnittlichen Aufwendungen sind mit 300 Euro pro Jahr und Versicherten für den Zahnersatz am höchsten. Deutlich niedriger fallen die Zuzahlungen für rezeptpflichtige Mittel aus (mit ca. 180 Euro), den dritten Rang belegen freiverkäufliche Mittel und Medikamente (140 Euro pro Jahr und Versicherten). Für Praxisgebühren werden jährlich im Durchschnitt 80 Euro aufgewendet.

In der Gruppe der 70-79 Jährigen werden die größten Beträge für Zuzahlungen zu Arzneimitteln aufgewendet, durchschnittlich 360 Euro pro Versichertem und Jahr. Dies kann als Indiz für eine soziale Schieflage der Gesundheitsreform gewertet werden.

Über die Leistungsverteilung sollen in absteigender Reihenfolge die Versicherten (39%), Patientenverbände (34%), Ärzte (30%), Krankenkassen (26%), Ärzteverbände (19%) und

tion als notwendig erachtet. Neue Impulse sind hier auch nach der Wahl also kaum zu erwarten.

erst an letzter Stelle das zuständige Gesundheitsministerium (16%) entscheiden. Diese Rangreihe verdeutlicht, dass den Politikern eine geringe Steuerungskompetenz zugetraut wird und die Versicherten sich mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten wünschen.

Das Fazit der Autoren des Gesundheitsmonitors war überraschend positiv. Einige Instrumente wie z.B. die Praxisgebühr funktionieren gut, die Facharztkontakte ohne Überweisungen hätten seit Anfang des Jahres 2004 deutlich abgenommen, eine systematische Benachteiligung einkommensschwacher Haushalte oder schwer kranker Menschen durch die Praxisgebühr sei nicht zu erkennen, resümierten die Autoren des Gesundheitsmonitors. Diese Zusammenfassung ist keineswegs deckungsgleich mit der Beurteilung der Gesundheitsreform durch die Versicherten. Direkt befragt wurden hierzu die Teilnehmenden der Continentale-Studie 2004, 87% bewerten die Gesundheitsreform als „schlecht“.

In einer Pressemitteilung vom September 2005 korrigierten die Autoren des Gesundheitsmonitors ihre Bewertung. Befragte, die ihren Gesundheitszustand als »schlecht« bezeichneten, gehen seit Einführung der Praxisgebühr seltener zum Arzt, sie reduzierten ihre Arztbesuche in den letzten zwei Jahren um ein Drittel (von 22 auf 16 Besuchen).

Die Gefahr, dass auf notwendige Besuche im Rahmen der Früherkennung und -behandlung verzichtet wird, könnte sich als Bumerang für das Versorgungssystem erweisen. Ebenso nicht intendiert ist die zweite berichtete Entwicklung, dass vor allen Dingen auf Grund der Praxisgebühr einkommensschwache Personen auf einen Arztbesuch verzichten. Das Ziel – so der Autor Jan Böcken – die Wirkung der Praxisgebühr durch Härtefallregelungen weitgehend vom Einkommen unabhängig zu gestalten, scheint nicht vollständig erreicht worden zu sein“. Dieses ist eine diplomatische Formulierung angesichts der Tatsache, dass die soziale Schieflage in der Gesundheitsversorgung erst durch die neuen Steuerungsmechanismen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (Zuzahlungen, Praxisgebühr) entstanden ist. Mit Korrekturen rechnet derzeit niemand ernsthaft.

Angeklickt: Die Webseiten der Gmünder Ersatzkasse

Die Serie zu den Internetauftritten der Krankenkassen. In dieser Ausgabe mit den Webseiten der

Gmünder Ersatzkasse fortgesetzt.

Die Homepage der Gmünder Ersatzkasse GEK ist im Internet unter www.gek.de zu finden. Zunächst überrascht die Startseite, nimmt hier doch Werbung der Bundesregierung für das Hausarztmodell den größten Raum ein: Per Videofilm propagiert Ulla Schmidt mehrere Minuten lang in einem Interview dieses Modell. Die

„hausarztzentrierte Versorgung“ wird dann auch auf anderen Seiten der GEK angepriesen; eine dazugehörige Suchmaschine nach Ärzten, die an diesem Programm teilnehmen, wies im Praxistest allerdings etliche Mängel auf.

Eine weitere zentrale Seite bietet das Erwartete: Informationen zum Krankenversicherungsschutz im Ausland, über Zusatzversicherungen sowie

den Zugang zu einem Mitgliederbereich. Hier sind diverse Formulare, Auslandskrankenschein oder Gesundheitsbroschüren abgelegt. Nur GEK-Versicherte haben so auch einen kostenlosen Zugang zur Arzneimitteldatenbank der Stiftung Warentest. Im Service-Bereich finden Mitglieder recht schnell Rückruf-Angebote oder Zugang zum „GEK-Teledoktor“ mit kostenloser Beratung zu unterschiedlichen Gesundheitsproblemen.

Prominent findet sich auf den GEK-Seiten auch die Präsentation der „Gesundheitswochen“, der Präventionsangebote dieser Krankenkasse. Eine

Online-Ernährungs- und Sportberatung ist auch für Nichtmitglieder zu erreichen gegen Preisgabe einiger personenbezogener Daten. Mit Einschränkungen nützlich sind Informationsblätter aus der GEK-Infodatenbank, der Zugriff allerdings nur via DSL komfortabel, da z.B. eine 3-seitige Broschüre einen Umfang von 700kb hat und das Herunterladen mitunter mehrere Minuten dauert.

Für Versicherte der GEK ist der Internet-Auftritt übersichtlich und überwiegend nützlich, für Nichtmitglieder bietet er hingegen wenig.

Babitsch, Birgit (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. (Reihe: Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft). Bern: Huber.

In vielen auch gesundheitswissenschaftlichen Studien finden sich Analysen empirischer Daten mit getrennten Ergebnisdarstellungen für Männer und Frauen. Häufig folgt der Feststellung von Unterschieden weder Interpretation noch Erklärungsversuch. Anders bei vorliegender Publikation. Die Autorin fokussiert diesen Aspekt und verschränkt die Themenfelder soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Neben einer »gendersensiblen« Aufarbeitung des Forschungsstandes werden vorhandene Erklärungsmodelle gesundheitlicher Ungleichheit um die Kategorie Geschlecht erweitert. Die anschließenden empirischen Analysen fußen auf den Daten des Gesundheitssurveys von 1998 (Sekundäranalysen). Gezeigt werden kann ein-

drücklich die Bedeutung der Kategorie Geschlecht sowohl für die Beschreibung von sozialer als auch gesundheitlicher Ungleichheit. Für zukünftige Erhebungen empfiehlt die Autorin zu prüfen, ob Konzepte und deren Operationalisierungen den unterschiedlichen Lebenssituationen von Männern und Frauen gleichermaßen Rechnung tragen. Das Buch ist lesenswert nicht nur für Gesundheitswissenschaftler. Neben einer kompetenten Einführung in das Thema bietet es Hinweise zur Konzeptualisierung der Kategorie Geschlecht in gesundheitswissenschaftlichen Erklärungsmodellen und demonstriert letztendlich geeignete Auswertungsstrategien empirischer Daten.

Politikberatung Anne Alex (Hg.) (2005). *KRANK-SEIN in den Zeiten von Hartz IV. Leitfaden für Menschen mit (zu) wenig Einkommen über ihre Rechte bei Krankenversicherung und Gesundheitskosten*. 42 S., 3.00 Euro.

Mit der Einführung der Gesundheitsreform 2004 (GMG) sowie der Arbeitsmarkt- und Sozialrechtsreformen (Hartz IV) zum 01.01.2005 haben sich für das hiesige Krankenversicherungssystem eine Vielzahl von neuen gesetzlichen Regelungen ergeben.

Der – insbesondere gesundheitspolitisch – häufig zu vernehmenden Auffassung, in Deutschland würde der Zugang zur Gesundheitsversorgung grundsätzlich für alle Bürger gesichert sein, stehen wenige Monate nach Umsetzung der Reformen zunehmend mehr Menschen ohne geregelten Krankenversicherungsschutz gegenüber.

Ob Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, Studenten oder Auszubildende. Der Autor Siegfried Dierke widmet sich den im Allgemeinen als „Einzelfälle“ wahrgenommenen Zielgruppen detailliert und lässt dabei kaum eine Gesetzeslücke aus, um beispielhaft darzulegen, mit welchen Problemen Betroffene in den speziellen Fällen zu kämpfen haben.

Die im August erschienene Broschüre deckt Widersprüche auf, ohne dabei die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen sowie die Einbettung in den Gesamtkontext des deutschen Kranken-

versicherungssystems mit seinen verschiedenen Ausprägungen im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu vernachlässigen. Sie ist nicht nur, wie im Untertitel angekündigt, ein Leitfaden für Menschen mit wenig bzw. zu wenig Einkommen. Sie erörtert für Betroffene, Interessierte und für Experten die wesentlichen Knackpunkte und vermeintlich kleinen Gesetzeslücken im deutschen Krankenversicherungssystem nach der Gesundheitsreform und Hartz IV sowie deren Auswirkungen und Konsequenzen für die betroffenen Zielgruppen.

Neben einer klaren Gliederung und einer auch für Laien verständlichen Sprache werden dem Leser zu den einzelnen Kapiteln und Themenbereichen weiterführende Informationen in Form von Literaturverweisen und Webseiten angeboten.

Der Autor beschränkt sich keineswegs auf das Aufzeigen von Versäumnissen mit kritischen Untertönen und moralischem Zeigefinger. Vielmehr werden Lösungen und Handlungswege angeboten, gesetzliche Grundlagen und Widersprüche erörtert und auch bereits erfolgte Nachbesserung hervorgehoben.

Die Broschüre ist per Email zu Bestellen über: Anne Alex (anne.alex@web.de) Siegfried Dierke (s.dierke@web.de)

Impressum

Herausgeber:

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale
Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 10.12.2005

Abonnement

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