

Themen dieser Ausgabe:

Das Ende der Parität Seite 1

Der gläserne Patient in der digitalen Warteschleife Seite 2

Public Health bei Katastrophen Seite 4

Kurz vorgestellt – Publikationen und Webadressen, die sie kennen (lernen) sollten Seite 5

Impressum Seite 6

Die dritte Ausgabe des IPG-Newsletters Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit folgenden Themen:

- »Nun ist es amtlich. Eine Studie des Statistischen Bundesamtes verdeutlicht, wie die Lasten im Gesundheitswesen in den letzten zehn Jahren neu verteilt wurden.
- »Ein Beitrag zur Debatte über die elektronische Gesundheitskarte und den Stand der Entwicklung?
- »Krisen- und Disastermanagement: Eine neue Herausforderung für Public Health.

Auch dieses Mal wünscht Ihnen die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung viel Spaß beim Lesen.

Veranstaltungen/Tagungen

- 22. - 24. September 2006 [Berlin]**
Gesundheits-Jahrestagung des Komitee für Grundrechte und Demokratie. [\[Mehr dazu\]](#)
- 25.09.2006 [Berlin]**
Fachtagung: Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen. [\[Mehr dazu\]](#)

- 12.10.2006 [Hannover]**
2. Niedersächsische Fachtagung „essen – bewegen – wohl fühlen“, Gesund aufwachsen in Kita und Schule. [\[Mehr dazu\]](#)
- 12.-14.10.2006 [Berlin]**
"Demenz - eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert. 100 Jahre Alzheimer-Krankheit" [\[Mehr dazu\]](#)
- 20.-22.10. [Nürnberg]**
Medizin und Gewissen III. Im Streit zwischen Markt und Solidarität. [\[Mehr dazu\]](#)
- 03.-04.11.2006 [Bad Rappenau]**
Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement. [\[Mehr dazu\]](#)
- 11.11.2006 [Berlin]**
Psychologische Aspekte der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und vernetzte Versorgungsstrukturen in Berlin. [\[Mehr dazu\]](#)
- 13.-15.11.2006 [Dresden]**
Fachkonferenz SUCHT 2006. Sucht und Lebensalter. [\[Mehr dazu\]](#)
- 01.-02.12.2006 [Berlin]**
12. Kongress Armut und Gesundheit. [\[Mehr dazu\]](#)

**Das Ende der Parität.
Die Lastenverteilung bei der Finanzierung des Gesundheitssystems gerät aus dem Gleichgewicht**

■ Guido Grunenberg

In einer im August veröffentlichten Studie zu „Gesundheit - Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004“ informiert das Statistische Bundesamt erstmals über Entwicklungen in den drei Teilbereichen Gesundheitsausgaben, Krankheitskosten und Gesundheitspersonal im Zeitraum von 1995 bis 2004. Die folgende Betrachtung fokussiert den Bereich der Gesundheitsausgaben.

Die Ergebnisse der Entwicklungen sind zum Teil durchaus überraschend und verstärken den Eindruck, dass auch die bevorstehende Reform im Gesundheitswesen überwiegend von einer Gruppe geschultert werden soll, den Versicherer und Patienten.

Die Zahlenreihen geben zunächst das in den letzten Jahren gewohnte Bild steigender Gesundheitsausgaben wider. Von 1995 bis 2004 erhöhten sich diese um 25,5% auf 234 Mrd. Euro. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) stieg im gleichen Zeitraum nur um 19,9%, wodurch sich auch der Anstieg der Gesundheitsausgaben am BIP auf 10,6% erklärt. International liegt Deutschland damit hinter den USA und der Schweiz auf Rang 3.

Der Vergleich der einzelnen Ausgabenträger ermöglicht einen ersten Überblick über die Veränderungen im untersuchten Zeitraum (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1:
Veränderungen in der Ausgabenverteilung

	2004 (in Mrd. Euro)	Veränderung zu 1995
Ausgaben gesamt	234	+25,5%
Staat	14,5	-27%
GKV	131,6	+17%
Pflege	17,6	+332%
Rente	305	-20,1%
Unfall	3,9	+15,1%
PKV	21,1	+47,9%
Arbeitgeber	9,7	+24,4%
Privathaushalte	32,1	+69,1%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006)

Seit 1995, dem Startjahr der Pflegeversicherung, haben sich deren Kosten verdreifacht.

Die staatlichen Zuschüsse sind stark gesunken, der Anstieg der Beteiligung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kann als vergleichsweise moderat bezeichnet werden. Anzumerken ist hier, dass die Arbeitgeber, nach 2004 (Einführung des Zusatzbeitrages für Mitglieder der GKV in Höhe von 0,9% zum 01.07.2005), um zusätzliche 4,5 Mrd. Euro entlastet wurden. Ein Meilenstein in der bis dahin paritätischen Verteilung. Die zusätzliche Belastung der privaten Haushalte resultiert aus höheren Zahlungen und Ausgrenzungen von Leistungen aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen, eine Folge der Kostendämpfungsgesetze. Schon hier wird deutlich, dass der Versicherte für die zusätzlichen Aufwendungen im betrachteten Zeitraum überproportional herangezogen wurde.

Aufschlussreicher im Hinblick auf die Verteilung der Lasten im Gesundheitswesen ist die Analyse der sogenannten Finanzierungsströme. Das hier zu Grunde liegende Finanzvolumen (rd. 313 Mrd. Euro im Jahr 2004) umfasst alle im Gesundheitswesen anfallenden Zahlungsströme, auch den erweiterten Leistungsbereich zu den Einkommensleistungen (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente, Forschungsausgaben etc.). Diese Betrachtung, die eigentlich das zusätzliche Engagement der Arbeitgeber und des Staates dokumentieren soll, geht insbesondere der Frage nach, wer in welcher Höhe durch die getätigten Gesundheitsausgaben und Einkommensleistungen belastet wird. Unterschieden wird dabei zwischen drei Akteuren: den privaten Haushal-

ten/privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, den öffentlichen Haushalten und den Arbeitgebern (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausgabenverteilung der primären Finanzierer

	in Mrd. Euro		in %		Veränderung in %
	1995	2004	1995	2004	
Gesamt	265,5	313,2	100	100	+17,9
Öffentliche Haushalte	47,7	52,8	18,0	16,9	+10,7
Arbeitgeber	106,6	112,8	40,1	36,0	+5,8
Private Haushalte	111,1	147,5	41,9	47,1	+32,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

In dieser Darstellung wird der Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Jahren 1995-2004 mit 17,7% geringer beziffert als das Wachstum des BIP (19,9%) im gleichen Zeitraum.

Die Verteilung der Lasten hat sich seit 1995 jedoch drastisch verändert. Und zwar einseitig zu Lasten der privaten Haushalte, die 47,1% der Gesamtausgaben der Gesundheitsversorgung tragen (1995: 41,9%). Von den insgesamt 147,5 Mrd. Euro gingen rd. 114 Mrd. Euro an die Sozialversicherungen und privaten Krankenkassen im Jahr 2004). Die restlichen rd. 34 Mrd. Euro wurden direkt für Gesundheitsgüter ausgegeben.

Im gleichen Zeitraum verringerte sich der Ausgabenanteil der Arbeitgeber an den Gesamtausgaben von 40,1% auf 36%. Die These der Arbeitgeberverbände, dass steigende Gesundheitskosten sich negativ auf die Beschäftigung wäre damit vom Tisch. Die Einkommensleistungen sind für die Arbeitgeber in den letzten 10 Jahren um 11,4% gesunken. Grund dafür ist insbesondere das kontinuierlich geminderte Krankenstandsniveau. Die Zahlungen der Arbeitgeber erhöhten sich im Zeitraum von 1995-2004 lediglich um 5,8%.

anderen, dem Steuersäckel entgingen Einnahmen in Milliardenhöhe. Ähnliches wiederholt sich nun bei der elektronischen Gesundheitskarte: Die ehrgeizigen Pläne der Bundesregierung mussten schon mehrfach verschoben werden. Der schwarze Peter, wer daran Schuld habe, weil entweder Komponenten die technische Reife fehle, die Spitzenverbände der Selbstverwaltung ein mangelhaftes Projektmanagement betrieben, Kartenlesegeräte zu spät geliefert oder aber rechtliche Klarstellungen durch das BMG nicht rechtzeitig erbracht würden, wird hin und her geschoben. Aber eines haben Regierung und Industrie gelernt: Mit öffentlichen Verlautbarungen wird sich zunehmend zurückgehalten, es ist recht still geworden um die Telematik-Infrastruktur, zu der neben der elektronischen Gesundheitskarte auch die elektronische Patientenakte, das elektronische Rezept und der elektronische Heilberufsausweis zählen. Für den Zeitpunkt der verspäteten Einführung allerdings werden mehrere

Das ganze Ausmaß der neuen Verteilungsformel im Gesundheitswesen wird deutlich, wenn man betrachtet, wer in welcher Form durch die Reformen und Strukturveränderungen in dem verglichenen Zeitraum belastet wurde. Von dem Zuwachs der Ausgaben zwischen 1995 und 2004 (47,7 Mrd. Euro), wurden mehr als drei Viertel (36,4 Mrd. Euro) von den privaten Haushalten getragen.

Die Finanzstrukturreformen im deutschen Gesundheitswesen entlasten öffentlichen Haushalte sowie öffentliche und private Arbeitgeber und belasten private Haushalte/private Organisationen ohne Erwerbszweck stärker.

Ein Ende der Preisspirale im Gesundheitssystem ist nicht absehbar. Noch im März warnte Bundeskanzlerin Merkel in der Haushaltsdebatte, dass bedingt durch medizinischen Fortschritt und demografische Entwicklung die Gesundheitskosten in den kommenden 10-15 Jahren weiter steigen werden. Beunruhigen sollte dies vor allem die Versicherten und Patienten, die noch stärker zuzahlen werden müssen, da eine Aufstockung anderer Cofinanzierungen (aus Steuermitteln oder Abgaben der Arbeitgeber) nicht erwartbar ist.

Für 2007 ist bereits eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge von durchschnittlich 0,75% angekündigt. Gleichzeitig werden die Bundeszuschüsse weiter gekürzt. Und die Mehrwertsteuererhöhung steht auch noch ins Haus. Das realistische Fazit muss daher lauten: Gesundheit wird teurer – vor allen Dingen für Patienten.

Weitere Informationen:

[Studie „Gesundheit - Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004“ des Statistischen Bundesamtes](#)

Der gläserne Patient in der digitalen Warteschleife?

Ein Beitrag zur Debatte über die elektronische Gesundheitskarte und den Stand der Entwicklung

■ Siegfried Dierke

Schon vor 4 Jahren wollten Regierung und IT-Unternehmen eine LKW-Maut mit einem Erfassungssystem für die Autobahnbenutzung eingeführt haben. Doch die Terminplanung klappte hinten und vorne nicht. Gravierende technische Probleme erforderten eine Verschiebung nach der

Millionen Euro in verschiedenen Haushaltstiteln für Forschung und Öffentlichkeitsarbeit des BMG zurückgehalten, um zu einem geeigneten Zeitpunkt die Akzeptanz bei Bevölkerung und Ärzteschaft durch eine riesige Medienkampagne zu stärken und die Kritiker verstummen zu lassen.

Lange schon bestand eine feste Terminplanung: Zum 1.1.2007 würde die elektronische Gesundheitskarte (eGK) bundesweit flächendeckend eingeführt. Nach 2 Vorphasen sollten im Frühjahr 2006 in 8 Testregionen mit je 10.000 freiwilligen TeilnehmerInnen die Felderproben beginnen, für Sommer/Herbst stand der Test des neuen Systems in mehreren Regionen mit jeweils 100.000 TeilnehmerInnen auf dem Programm, und dies schon mit der endgültigen Soft- und Hardware. Davon ist man derzeit weit entfernt.

Vom BMG und der „gematik“, einer von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesund

heitswesens im Januar 2005 eigens für die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der eGK und ihrer Infrastruktur gegründeten Organisation, werden laufend neue Spezifikationen der Teilkomponenten formuliert. So besteht für die Elektronikhersteller oft keine ausreichende Planungs- und Finanzsicherheit für die Entwicklung der einzelnen Module wie eGK, elektronisches Rezept, Heilberufausweis, Terminals sowie anderen Hard- und Software-Komponenten. Die elektronischen Systeme für Ärzte und Apotheker sollten ab Sommer getestet werden. Zu diesem Zeitpunkt stand aber nur eine „Vorversion“ mit Simulationen durch die „gematik“ zur Verfügung. Für diese „Labor-Tests mit Patienten-Echtdaten“ wollten allerdings die Leistungserbringer und Kostenträger in den Testregionen nicht die benötigten Finanzen zur Verfügung zu stellen.

Das BMG hat inzwischen mit einer neuen Rechtsverordnung Präzisierungen und Änderungen in die Wege geleitet, die jedoch gleich neuen Nmut schaffen: Nun sollen alle im Test eingesetzten Komponenten bereits einer Zulassung durch die „gematik“ unterliegen, ab den 10.000er-Tests kein Austausch mehr möglich sein und die „gematik“ vor dem Start der 100.000er-Tests Kernaufgaben ohne Ausschreibung an ihre Gesellschafter vergeben. Insbesondere kleinere Unternehmen sehen darin eine erhebliche Benachteiligung und ungerechtfertigte Beschränkung des Wettbewerbs, da KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen somit zentral und quasi monopolistisch die Betreiberfirmen und die Systeme für Erfassung und Verarbeitung sämtlicher Versicherten- und Verwaltungsdaten festlegen dürfen.

In diesem Konflikt scheinen sowohl Unfähigkeit zur Abstimmung, mangelnde technische Ausgereiftheit der Elektronikkomponenten, ein Poker um die Finanzierung und nicht zuletzt der Kampf um die besten Ausgangsbedingungen für milliardenschwere Aufträge sich ergänzend zu lähmen. Sicherlich: Eines Tages werden die technischen Voraussetzungen und Harmonisierungen soweit vorangetrieben sein, dass einer flächendeckenden Einführung von dieser Seite nichts mehr im Wege steht. Ob allerdings die Versprechen, mehrere Milliarden Euro durch Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen oder Fehlverordnungen einzusparen, erreicht werden, und ob für diesen technischen Einsatz wirklich nur maximal 2 Mrd. Euro aufgewendet werden müssen, steht auf einem anderen Blatt. In Großbritannien wird derzeit daran gearbeitet, sämtliche medizinischen Einrichtungen mit elektronischer Datenverarbeitung auszustatten und zu vernetzen. Hier rechnet allerdings selbst schon die Aufsichtsbehörde der Regierung, dass die Gesamtkosten auf etwa 18 Mrd. Euro betragen werden; Kritiker warnen gar davor, dass selbst diese Prognose noch zu optimistisch ist. Sicherlich ist der gegenwärtige Stand der technischen Ausrüstung im Königreich nicht vergleichbar mit der hiesigen, dennoch ist zu erwarten – nicht zuletzt nach den

desaströsen Erfahrungen mit Toll Collect und der LKW-Maut – dass auch hierzulande letztendlich weit höhere Ausgaben entstehen. Auch in der Ärzteschaft besteht bislang noch weitgehende Ablehnung gegen die e-Card. Im Rahmen der ersten Tests konnten die ÄrztInnen immerhin durchsetzen, dass sie eine höhere Aufwandsentschädigung für ihre Teilnahme an Tests erhielten. Und nun scheint ihnen das BMG im Sinne einer Akzeptanzförderung soweit entgegen kommen zu wollen, dass die jetzt schon in den Praxen verwendeten Multifunktionskartenterminals weiter eingesetzt werden dürfen, was wiederum für „gematik“ und Komponentenhersteller einen höheren Aufwand mit sich bringt. Zudem bestehen bei den MedizinerInnen wie bei PatientInnen enorme Zweifel, dass die elektronische Erfassung der Versichertenaten zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen wird. Die erklärten Ziele der Befürworter der eGK ließen sich auf der individuellen Ebene durch strukturelle Veränderungen auch ohne die Einführung dieser Telematik-Struktur mindestens genauso gut erreichen, eher sogar besser. Der Ausbau von integrierten Versorgungsformen und DMPs kann darüber hinaus in weit größerem Maße zu einer Steigerung der Versorgungsqualität beitragen, ohne dass es hierzu einer Speicherung der elektronischen Arztbriefe, der zentralen Arzneimitteldokumentation und der elektronischen Patientenakte auf einem zentralen Server bedarf.

Und gerade diesen Teilaspekt der zentralen Speicherung halten viele KritikerInnen für gravierend. Datenschützer, Bürgerrechtsorganisationen und Patientenverbänden sehen hier einerseits ein hohes Missbrauchspotential, andererseits kann schon die reguläre Verwendung dieser Daten einen erheblichen Eingriff in die informationelle Selbstbestimmung bedeuten. Die Bundesregierung und „gematik“ beteuern zwar immer, dass die Datenspeicherung nur unter informierter freiwilliger Zustimmung erfolgen würde, aber die Realität sieht gewiss anders aus: Möchte ein Arzt Daten elektronisch speichern, werden sich die PatientInnen in ihrer medizinischen Notlage kaum dagegen sperren können. Die Ausstellung von Rezepten soll ohnehin nur noch elektronisch verfolgen, so dass dabei die Freiwilligkeit von vornherein ausgeschaltet ist. Und es ist damit zu rechnen, dass die Kassen für die Akzeptanz der elektronischen Speicherung bei den Versicherten in absehbarer Zeit mittels Bonusgratifikationen werben werden. Somit liegen dann den Leistungserbringern und Kostenträgern umfängliche personenbezogene Daten vor, die Versicherten hingegen haben kaum Transparenz, Übersicht oder gar praktikable Einwirkungsmöglichkeiten zur Löschung und andere Formen der Selbstbestimmung. Der Patient wird gläsern, tappt aber selbst zunehmend im Dunkeln. Einer emanzipatorischen Patientenbeteiligung im Behandlungsprozess läuft die geplante Einführung der eGK genau entgegen. Doch die Einbeziehung der Versicherten und

PatientInnen scheint für Regierung, GKV und gematik nur eine Frage des Akzeptanzmanagements zu sein. Eine seriöse

Information fehlt bislang völlig. Und das wohl nicht ohne Grund.

Public Health bei Katastrophen

■ Burkhard Gusy

Elbe- und Oder- Hochwasser, Erdbeben oder Wirbelstürme in verschiedenen Teilen der Welt, Flutkatastrophen wie die in New Orleans oder auch die Anschläge in New York, Madrid oder London haben das kollektive Gedächtnis der Menschheit zu Beginn des 21. Jahrhundert verändert. Allen Geschehnissen ist gemeinsam, dass sie die Erfahrungen des täglichen Lebens übersteigen, Leben oder Gesundheit vieler Menschen zerstören oder diesen die Lebensgrundlagen entziehen. Folgen für die psychische Gesundheit bzw. die gesellschaftliche Ordnung können vielfältig und langfristig sein. Dies hat auch die organisierten Reaktionen auf diese Ereignisse verändert. Nicht nur die Weltgesundheitsorganisation, sondern auch verschiedene Staaten stellen sich diesen Herausforderungen und haben entsprechende Aktionspläne entwickelt.

Katastrophen können von persönlichen Notfällen über örtliche Schadensfälle (disaster), großflächige Zerstörung von Leben, Infrastruktur oder Hilfsmöglichkeiten eines gesamten Lebensraumes bis hin zum Untergang ganzer Gesellschaften reichen. Juristisch gesehen wird dann von einer Katastrophe gesprochen, wenn das jeweilige Ereignis ein Hinzuziehen von Strukturen des Katastrophenschutzes (Logistik, Personal oder Material) erforderlich macht.

Nach Art der Verursachung werden in einer groben Klassifikation technische und Naturkatastrophen unterschieden, die sich weiter in nukleare (A), chemische (B), biologische (C), datennetzbezogene (D), elektromagnetische (E) sowie mechanische und thermische Schadensereignisse (F) differenzieren lassen. Die Anforderungen an das Katastrophenmanagement richtet sich primär auf die Akutversorgung der Betroffenen durch medizinische Behandlung sowie die Sicherung der Grundversorgung wie z.B. Ernährung, Unterkunft etc..

Psychische Folgen von Katastrophen werden unter dem Stichwort ‚posttraumatische Belastungsstörung‘ (PTSD) gefasst, verursacht durch ein Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, welche/s auch bei anderen Menschen eine tiefe Verstörung hervorrufen würde. Nach den diagnostischen Leitlinien (ICD-10) für eine posttraumatische Belastungsstörung ist eine unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses im Gedächtnis, in Tagträumen oder Träumen symptomatisch. Möglich sind aber auch emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen sowie Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung. Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können, werden vermieden. Mit dem Begriff der posttraumatischen Belastungsstörung wird die individuelle Reaktion zum Behandlungsanlass. Noch zu wenig verstanden wird der ‚soziale Zustand‘ einer Katastrophe, welcher im Beziehungsgeflecht verschiedener Gruppen empfunden und kommuniziert wird. Der ‚soziale Zustand einer Katastrophe‘ meint beispielhaft die Entwicklung objektiv nachweisbarer Symptome bei vermeintlich ‚Gesunden‘ (‚mass sociogenic illness‘) sowie die Überbeanspruchung begrenzter Versorgungskapazitäten durch besorgte Gesunde. Die Risikokommunikation wird in diesem Falle zu einem Instrument effizienten Katastrophenmanagements. Die Komplexität aufeinander abzustimmenden Aktivitäten wurde im Falle des Tsunami Frühwarnsystems vor der Küste Indonesiens bereits deutlich. Technische Lösungen sind nur dann wirksame Hilfsmittel, wenn die Warnungen vor Katastrophen auch zeitnah die bedrohten Küstenbewohner erreichen. Die Auswertung der Katastrophen-

erfahrungen und darauf basierende Szenarien können dazu genutzt werden, die entsprechenden Regionen sicherer zu gestalten (z.B. durch die Verbesserung der Gebäudequalität in erdbebenbedrohten Regionen) oder die Besiedlungspläne risikoträchtiger Regionen zu ändern.

Die Weltgesundheitsorganisation hat in den letzten Jahren ihre strategischen und praktischen Aktivitäten zum Katastrophen- und Krisenmanagement intensiviert unter dem Begriff ‚[health action in crisis \(HAC\)](#)‘. Mit dieser Strategie will die Weltgesundheitsorganisation

- » gesundheitliche Folgen der Ereignisse erfassen, Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerung zu ergründen und Hauptursachen von Morbidität und Mortalität identifizieren.
- » die Mitgliedstaaten bei der Koordinierung gesundheitsbezogener Aufgaben unterstützen.
- » Mängel und Lücken in der gesundheitsbezogenen Krisenbewältigung aufdecken und beheben helfen.
- » den Ausbau der regionalen Gesundheitssysteme unterstützen, um für zukünftige Katastrophen besser vorbereitet zu sein.

Die Aktionspläne werden für verschiedene Ereignisse je nach Prioritätensetzung spezifiziert.

Tabelle 1: Struktur der HAC Abteilung der Weltgesundheitsorganisation

HAC Einheit	Emergency Preparedness and capacity building	Emergency Responses and Operations	Transition and Recovery Programmes
Aufgaben	Technische und Programmunterstützung für Mitgliedstaaten bzgl. der Katastrophenbereitschaft des Gesundheitssektors	Entwickelt von Kapazitäten zur Unterstützung von Ländern in akuten Krisensituationen; entwickelt prozedurale Standards für Krisen; evaluiert die WHO-Funktionalität in Krisensituationen	Entwickelt Ansätze zur Unterstützung der betroffenen Länder in der Nachkriegsphase; stärkt Partnerschaft und Zusammenarbeit verschiedener Programme

Auch die Bundesrepublik Deutschland hat die Katastrophen der letzten zehn Jahre zum Anlass genommen den Katastrophenschutz zu reorganisieren. Die strikte Trennung von Zivil- und Katastrophenschutz wurde aufgegeben und darüber hinaus die Aktivitäten von Bund und Ländern enger verzahnt. Eingerichtet wurde für Großschadenslagen ein Zentrum für Katastrophenmedizin im [Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe \(BBK\)](#), dessen

Aufgabe es ist, Selbstschutz und Erste Hilfe, präklinische Behandlung, Patiententransport, bis hin zur ambulanten und klinischen Behandlung zu unterstützen. Eine Konzeption zur Aufstellung sog. Medizinischer Task Forces in den Ländern wird gerade erarbeitet. Auch [psychosoziale Notfallversorgung](#) nimmt in der

Arbeit des BBK einen breiten Raum ein. Die Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland sieht auch eine Notfallplanung bei Großereignissen vor und konnte z.B. bei der Fußballweltmeisterschaft 2006 in Deutschland erfolgreich erprobt werden.

Weiterführende Literatur
Public Health bei Katastrophenfällen (2006).
Forum Public Health, 14. Jhrg., Nr. 51

Kurz vorgestellt

Badura, B., Schnellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.).
(2006).
Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit (Bd. Fehlzeiten-Report 2005). Berlin: Springer (ISBN: 3540213538; Euro 29,95).



Seit 1999 erscheint jährlich eine neue Ausgabe des »Fehlzeiten-Report«, in dem jedes Jahr umfassende Daten und Analysen zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft zusammengefasst werden. Die Ausgabe 2006 wird sich mit Strategien zur Prävention und Bekämpfung chronischer Krankheiten beschäftigen, der gerade erschienene Fehlzeiten Report 2005 fokussiert das Thema: Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Eingebettet in Ausführungen zu den Entwicklungen des deutschen Arbeitsmarktes, mit Verlusten von ca. zwei Millionen Arbeitsplätzen seit Mitte der neunziger Jahre, werden Ursachen für diese Entwicklung benannt (Wachstumsschwäche, mangelnde Beschäftigungsdynamik und Strukturalisierung des Arbeitsmarktes) sowie betriebliche Strategien skizziert, mit diesen gewandelten Bedingungen umzugehen (neue Beschäftigungsformen; Förderung der Kern

belegschaft). Für die Beschäftigten resultiert aus dieser Entwicklung die Sorge um den Fortbestand des Arbeitsplatzes / -verhältnisses bzw. bei einer fortgesetzten Beschäftigung der Verlust um geschätzte Merkmale der gegenwärtigen Tätigkeit. Es werden empirische Belege zusammengetragen, die den Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit (physisch, psychisch) belegen und nachfolgend präventive Handlungsbedarfe skizziert.

Der Band greift ein aktuelles Thema auf, gibt einen guten und fundierten Überblick über den Forschungsstand und verdeutlicht den Bedarf an Prävention. Empfehlenswert für Personalverantwortliche in Betrieben und Gesundheitswissenschaftler, die sich mit dem Thema „Gesundheit in der Arbeitswelt“ beschäftigen.

Kurz angeklickt:

<http://www.gesundheitsinformation.de> des IQWiG)

Vor 2 Jahren nahm das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG genannt, seine Arbeit auf. Als unabhängiges, wissenschaftliches Institut wird es aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert. Kernaufgabe des Instituts ist die Untersuchung des Nutzens medizinischer Leistungen für die PatientInnen, also die Überprüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit therapeutischer und diagnostischer Angebote und Verfahren. Zumeist geschieht dies im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder dem BMG und kann die Grundlage bilden für Entscheidungen über Aufnahme in bzw. Ausschluss aus dem Leistungskatalog der GKV.

Im Februar 2006 stellte das Ressort „Gesundheitsinformation“ des IQWiG die Internetseite www.gesundheitsinformation.de ins Netz. So soll der im Sozialgesetzbuch ebenfalls festgelegte Auftrag erfüllt werden, für alle Bürgerinnen und Bürger allgemeinverständliche Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Dem Anspruch, Informationen zu Funktionsstörungen des Körpers oder Behandlungsverfahren zu liefern, die einerseits für Laien wie Experten leicht verständlich sind und bei denen andererseits ein hohes Maß an Fachlichkeit und fundierter Qualität gesichert ist, scheint der Internetauftritt gerecht werden zu können. Qualitätssicherung und NutzerInnenorientie-

rung werden ernst genommen, Übersichtlichkeit, Befragungen von NutzerInnen sowie die Möglichkeit zur Beurteilung der einzelnen Artikel können als vorbildlich angesehen werden.

In der Selbstdarstellung spricht das IQWiG davon, dass die z.T. in Form von Merkblättern, Grafiken oder auch kurzen Filmen präsentierten Informationen zu einem wachsenden Spektrum von Themen zugänglich gemacht werden sollen. Hoffentlich erfolgt dieser angekündigte Ausbau des Themenspektrums schnell, denn bei der jetzigen Lückenhaftigkeit ist der Gebrauchswert für PatientInnen und andere NutzerInnen noch sehr eingeschränkt. Selbst Informationen bspw. zu Insulin-Analoga fehlen, obwohl diese im IQWiG in aufgearbeiteter Weise vorliegen müssen, denn das Institut und seine Arbeit spielen im Zuge des Ausschlusses dieser Präparate aus dem GKV-Leistungskatalog durch den G-BA eine zentrale Rolle. Wünschenswert wäre auch, Internet-Links und Hinweise auf andere Beratungs- und Informationsmöglichkeiten verstärkt aufzunehmen, um eine selbständige weitere Recherche bzw. die Durchsicht der Quellen zu erleichtern und transparenter zu gestalten.

Im Gesamturteil kann www.gesundheitsinformation.de als gelungener und verdienstvoller Ansatz bewertet werden, der allerdings in großem Maße ausbaufähig ist.

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: 10.12.2006

Abonnement

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