

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Polens

Seite 1

Armut und Reichtum in Deutschland: Der Sozialbericht der Bundesregierung 2005

Seite 3

Das Präventionsgesetz: Eine Nachlese

Seite 4

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

Seite 6

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Polens

■ Guido Grunenberg

Am 1. Mai sind zehn neue Länder der Europäischen Union (EU) beigetreten. In der Serie zu Gesundheitssystemen in Europa widmet sich diese Ausgabe der Betrachtung des polnischen Gesundheitssystems, das - nach 1999 und 2003 - seit Beginn diesen Jahres vor seiner dritten großen Gesundheitsreform steht.

Kurz vor Weihnachten erhalten Sie die vierte und letzte Ausgabe des IPG Newsletters Gesundheitsförderung für dieses Jahr mit folgenden Beiträgen:

- 1) zum Gesundheitssystem des neuen EU-Landes Polen, was derzeit im Umbruch ist.
- 2) zum Sozialbericht NRW und dem für das Jahr 2005 vorgesehenen 2. Sozialbericht der Bundesregierung. „Wir sind auf dem Weg zur Spaltung der Gesellschaft“ formulierte NRW-Landessozialministerin Birgit Fischer (SPD) bei der Vorstellung des Sozialberichts 2004 für NRW.
- 3) einem Gesetzentwurf zum Präventionsgesetz vom Dezember diesen Jahres. Noch befindet sich das vorbereitete Gesetz in der parlamentarischen Abstimmung, Mitte nächsten Jahres hofft die Gesundheitsministerin Schmidt auf die Verabschiedung durch das Parlament.

Wir hoffen, dass auch diese Ausgabe Ihr Interesse findet und wünschen unseren Lesern erholsame Feiertage und einen guten Jahresbeginn.

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 Patienten in Polen sind derweil konsterniert. Das Warten auf - auch notwendige - Operationen dauert mitunter Monate, es sei denn, man verteilt großzügig Geschenke und Geld. Ärzte und das medizinische Personal sind unzufrieden mit ihren beruflichen Aussichten und wandern in Scharen Richtung Westen ab. Auch nach den tiefgreifenden Reformen der letzten Jahre steckt das polnische Gesundheitssystem scheinbar in einer Dauerkrise.

Das polnische Gesundheitswesen ist noch von den jüngsten Reformen und Umstrukturierungen gekennzeichnet. Mit dem Ende des Sozialismus oblag die Gesundheitsversorgung zunächst den Gemeinden, die Finanzierung erfolgte aus dem Staatshaushalt. Noch bis 1998 galt für alle Polen ein Anspruch auf unentgeltliche staatliche Gesundheitsversorgung. 1999 wurde das staatliche System in eine umlagefinanzierte gesetzliche Einheitskrankenversicherung nach Bismarckschem Vorbild umgewandelt. Zunächst wurden die Regionen Träger der Krankenhäuser und ambulanten Gesundheitszentren. Da sowohl diese als auch die Krankenkassen mit dieser Aufgabe überfordert waren, wurden die regionalen Krankenkassen im April 2003 in einen Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ) zusammengefasst.

Einige grundlegende sozialpolitische Rahmenbedingungen verdeutlichen die gegenwärtigen Probleme im polnischen Gesundheitswesen. Die Ar-

Veranstaltungen/Tagungen**12.01.2005 [Berlin]**

Veranstaltung des Berliner Krankenhauseseminar e.V. zum Thema: Diagnose und Therapie bewerten und bezahlen - Neue Verfahren im Krankenhaus. [\[Mehr dazu\]](#)

14.01.2005 [Potsdam]

Wissenschaftliches Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. (GRPG). Thema: Die elektronische Gesundheitskarte 2006. [\[Mehr dazu\]](#)

21.01.-22.01.2005 [Bonn]

5. Jahrestagung des Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt. Infos unter Tel.: (0228) 20 94 102, Fax: (0228) 20 94 210

10.02.2005 [Berlin]

3. Berlin-Brandenburger Pflergetage [\[Mehr dazu\]](#)

10.02.2005 [Berlin]

Symposium eHealth - Visionen realisieren. Veranstaltungsort: Maritim pro Arte Hotel, Friedrichstr. 151 [\[Mehr dazu\]](#)

25.03.-27.03.2004 [Feiburg /Br.]

Fachtagung zum Thema „Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen“. [\[Mehr dazu\]](#)

08.04.-09.04.2005 [Berlin]

Telematik im Gesundheitswesen. 10. Nationale Arbeitstagung und Fortbildungsveranstaltung in Berlin. [\[Mehr dazu\]](#)

beitslosenquote beträgt 20 Prozent, die Erwerbsquote lediglich 54,5 Prozent (Deutschland: 73,3 Prozent). Die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen nimmt sich mit ca. 612 000 im Vergleich zu Deutschland (4,5 Millionen) ebenso bescheiden aus. Das polnische Gesundheitswesen ist chronisch unterfinanziert. Der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt liegt in Polen mit etwa 6,2% (2002) unter dem Durchschnitt der anderen Beitrittsländer (in Deutschland: 10,7%).

Grundlegende Prinzipien

Seit 2003 gibt es eine einzige Krankenkasse, den - dem polnischen Gesundheitsministerium untergeordneten - NFZ, über den alle Bürger Polens versichert sind. Das Gesundheitsministerium verfügt seit der zweiten Gesundheitsreform über einen erheblich größeren Kompetenzspielraum. Es entscheidet z.B. über das Leistungsangebot und die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten. Um die Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, schließt der NFZ Verträge mit den Leistungserbringern. Für die 16 Regionen Polens gibt es individuell angepasste Gesundheitspläne, die, unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedarfs- und Finanzsituationen der Provinzen, detailliert Art und Umfang der Gesundheitsleistungen beschreiben und regeln. Zwei Sozialversicherungsanstalten ziehen die

Versichertenbeiträge ein und leiten die Mittel an den NFZ weiter.

Pflichtversichert sind alle erwerbstätigen polnischen Staatsbürger. Kinder bis zum 26. Lebensjahr und nicht erwerbstätige Ehepartner sind beitragsfrei mitversichert, auch Arbeitslose zahlen keine Beiträge. Ausländer unterliegen nicht dem nationalen Versicherungsschutz. Der Beitragssatz liegt bei 8 Prozent des Bruttoeinkommens und soll bis 2009 schrittweise auf neun Prozent steigen. Er wird allein von den Arbeitnehmern aufgebracht. Private Krankenversicherungen gibt es in Polen keine.

Medizinische Versorgung

Die ambulante Versorgung der Patienten erfolgt in Polen überwiegend in Gesundheitszentren. In Polen gilt das Primärarztssystem. Jeder Versicherte muss sich bei einem Hausarzt einschreiben. Die Patienten können den Familienarzt aus einem Netz von Vertragsärzten frei auswählen und bis zu zweimal im Jahr wechseln. Obwohl etwa drei Viertel der polnischen Einwohner auf dem Land lebt, ist die ländliche Bevölkerung vergleichsweise unterversorgt. So betreut ein Familienarzt in ländlichen Regionen durchschnittlich 3.100 Patienten, in der Stadt dagegen lediglich rund 1.700. Die Arztdichte lag 2001 bei 224 Ärzten je 100.000 Einwohner (Deutschland: 336). Bei der ambulanten medizinischen Versorgung ist der Familienarzt die wichtigste Anlaufstelle der Patienten. Er stellt Überweisungen aus und reguliert so gleichzeitig die Facharztbesuche. Für Besuche bei Spezialisten, z.B. Frauen- und Zahnärzten, Onkologen und Psychiatern, ist keine Überweisung erforderlich.

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es in Polen dreimal mehr Fachärzte als Familienärzte, wobei die Praxen in der Regel privat von den Fach- bzw. Krankenhausärzten nach offiziellem Dienstschluss betrieben werden, um das monatliche Gehalt (etwa 300 bis maximal 1200 Euro) aufzubessern.

Familienärzte erhalten für jeden eingeschriebenen Patienten eine jährliche Kopfpauschale in Höhe von 24 Euro. Fachärzte, die in der Regel in Kliniken arbeiten, werden dagegen leistungsbezogen honoriert (bis zu acht Euro je Behandlung).

Die stationäre Versorgung erfolgt in Krankenhäusern und Polikliniken, die vertraglich an den NFZ gebunden sind. Bei Vorliegen einer Überweisung durch den Familienarzt, können die Patienten diese Einrichtung frei wählen. Konterkariert wird die Wahlfreiheit dabei dadurch, dass die meisten Kliniken zu einer zeitnahen Behandlung nicht in der Lage sind. Die Betten-dichte der polnischen Krankenhäuser lag 2002 bei rund 55 Betten je 10.000 Einwohner (Deutschland: 90 Betten). Kliniken mit mehr als 150 Betten verfügen über eine Krankenhausapotheke.

Neben der ambulanten medizinischen Versorgung in Arztpraxen spielen Gesundheitsbetriebe eine wichtige Rolle. Dazu zählen neben allen stationären Einrichtungen auch Ambulanzen und Kinderkrippen. Die meisten unterstehen der öffentlichen Hand und werden vom NFZ und den Selbstverwaltungsorganen finanziert. In der Praxis sind sie aber auf sich selbst gestellt, da die Selbstverwaltungsorgane nicht mehr über die notwendigen Mittel verfügen.

Finanzierung

Das polnische Gesundheitswesen finanziert sich überwiegend aus den Beitragzahlungen der pflichtversicherten Bevölkerung. Der Krankenkassenbeitrag reicht dabei keineswegs für eine „Rundumversorgung“, wie sie das polnische Grundgesetz vorsieht. Von den acht Prozent, die jeder Bürger monatlich an den NFZ zahlt, können lediglich der erste Besuch beim Familienarzt, dem Hausarzt des Patienten, inklusive einer Erstuntersuchung und einer Überweisung zum Facharzt bezahlt werden. Sämtliche weiteren Leistungen werden privat bezahlt – nach Schätzungen der WHO etwa 40 Prozent der Gesundheitsausgaben. Zu den Beitragszahlungen der Versicherten kommen Zuzahlungen für Arzneimittel, Hilfsmittel, bestimmte Diagnosemethoden, Unterbringungskosten bei einer Kur und zahnärztliche Leistungen. Ein einheitlicher Leistungskatalog existiert noch immer nicht, nur eine Negativliste, die bestimmte Leistungen ausschließt. Dazu zählen u.a. aufwändige zahnmedizinische Behandlungen.

Konsequenz der Unterfinanzierung ist die Überschuldung der Gesundheitseinrichtungen, die ihre Angestellten und Lieferanten häufig nicht mehr bezahlen können. Den Kliniken und Gesundheitszentren ist die Finanzmisere anzusehen. Seit Jahren warten die Einrichtungen auf ihre Modernisierung. Außerdem werden Leistungen rationiert, vor allem über Wartelisten.

Gesundheitszentren und Krankenhäuser können aufgrund der Rationierung nur bestimmte Kontingente an Patienten versorgen. Da auch geplante Eingriffe aufgrund der angespannten Finanzsituation nicht stattfinden können, versuchen Patienten häufig, Wartezeiten durch Zahlungen an den behandelnden Arzt abzukürzen. Die polnischen Ärzte unternehmen gegen diese desolante Entwicklung nur wenig, was kaum verwunderlich ist. Denn sie profitierten von den Warteschlangen, den schlecht ausgestatteten Polikliniken und der allgemeinen Not.

Bewertung

Gemessen an den hiesigen Verhältnissen steht das polnische Gesundheitswesen vor dem Kollaps. Schon vor der Einführung der zweiten Reform 2003 kam es von Seiten der Ärzte zu massiven Protesten wegen mangelnder Mitspracherechte. Um die Jahreswende 2003/2004 folgten dann Streiks weiter Teile der Familienärzte, in dessen Folge die medizinische Versorgung über

weite Strecken zusammenbrach. Auslöser waren die Vertragsbedingungen des NFZ für die Verträge mit Familienärzten für 2004. Bei gleichbleibender Bezahlung sollten sie zu neuen Aufgaben verpflichtet werden, darunter 24-stündige Einsatzbereitschaft und Gesundheits-sicherung an Schulen. Zwar einigten sich Gesundheitsministerium, Ärzte und NFZ letzten Endes. Allerdings erklärte der polnische Verfassungsgerichtshof die Organisationsform des NFZ etwa zum gleichen Zeitpunkt für verfassungswidrig. Die Regierung hat nun bis 2005 Zeit, die Vorgaben des Gerichts nach und nach zu erfüllen.

Unterdessen sind Korruption und außervertragliche Geldzahlungen an Ärzte in Polen weiter an der Tagesordnung. Die WHO schätzt den Anteil der auf diese Art erbrachten – strafrechtlich kaum geahndeten und als systemimmanent akzeptierten - Leistungen auf 30-40%.

Krankenhäuser und Polikliniken sind noch drastischer von den Auswirkungen des Geldmangels betroffen. Im Zuge der letzten drei Reformen sind die Krankenhäuser und Polikliniken dreimal mit öffentlichen Mitteln entschuldet worden. Mit dem Ergebnis, dass sie nun erneut mit 1,8 Mrd. Euro verschuldet sind. Konsequenzen sind u.a. der zunehmende bauliche Verfall, mangelnde Instandhaltungsmaßnahmen sowie schlechte Bezahlung oder gar die Entlassung von Personal. Einige Pharmaunternehmen weigern sich bereits, bestimmte Spitäler mit den notwendigen Medikamenten zu beliefern.

Regierungsinitiativen zur Bekämpfung der Finanzmisere erinnern eher an wenig durchdach

te Kurzschlussreaktionen. So wurde z.B. überlegt, ein Gesetz zu erlassen, das den Krankenhäusern die Aufnahme von günstigen Krediten gewährt, um Schulden abzubauen und selbst Investitionen zu tätigen. Die Einführung eines Fallpauschalensystems scheiterte vergeblich aufgrund halbherziger Vorbereitung und erheblicher technischer Mängel.

Experten schlagen dagegen eher die Einführung einer Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten in Form eines Selbstbehalts sowie die Weichenstellung für die Einführung der privaten Krankenversicherung vor. Denn schon heute bezahlt jeder zehnte Pole seine Behandlung aus der eigenen Tasche, um in den Genuss von moderneren Methoden und einer besseren Betreuung zu kommen.

Wenngleich die EU-Mitgliedschaft Polen neue Perspektiven eröffnet, bleibt die Hoffnung vieler Ärzte und Patienten auf eine Verbesserung der Situation im Gesundheitswesen aus.

Für das kranke Gesundheitswesen scheint auch nach dem EU-Beitritt keine Wunderheilung in Sicht.

Links und Informationen zu diesem Thema

http://www.aok-bv.de/presse/presseservice/psgpolitik/index_02327.html

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=44367>

<http://www.dradio.de/dlr/sendungen/weltzeit/272024/>

Armut und Reichtum in Deutschland: Der Sozialbericht der Bundesregierung 2005

■ Burkhard Gusy

„Armes reiches Deutschland“ titelte die Süddeutsche Zeitung einen Artikel zum gerade entstehenden Bericht über Armut und Reichtum in der Bundesrepublik Deutschland (SZ vom 18./19. Dezember 2004, Seite 11). Dass die Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland vor einer Spaltung in arm und reich steht, wenn nicht gegengesteuert wird, mutmaßt Birgit Fischer (SPD, Sozialministerin des Landes NRW) bei der Vorstellung des Sozialberichts 2004.

Verschiedentlich wurde schon erwogen, die getrennte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zusammenzuführen, da bekannt ist, dass mit höheren sozialen auch gesundheitliche Risiken assoziiert sind und zusätzlich die Finanzierung des Gesundheitssystems an die derzeitige soziale Verteilung der Bevölkerung gebunden ist. Eine breite Mittelschicht ist nicht nur gesünder - sondern finanziert hauptsächlich die Aufwendungen einer solidarischen Krankenversicherung für diejenigen Personen, die sich diesen Versicherungsschutz nicht leisten können. Sollten sich soziale Verschiebungen an den Rändern abzeichnen, wäre sowohl mit einer Veränderung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als auch mit einer Erhöhung der Ausgabenlasten auf Grund des veränderten sozialen Panoramas zu rechnen. Diese Befürchtungen sind Grund genug die derzeitigen gesellschaftlichen Entwicklungen aufmerksam zu verfolgen.

Die Sozialberichterstattung gibt nicht nur Aufschluss über die gesellschaftliche Entwicklung am unteren Rand (sog. „Armutsberichte“), sondern behandelt neuerdings auch, auf der Basis der Steuerstatistik, die Entwicklung am oberen Rande (Reichtumsberichte) . So wird zum Bei-

spiel im Sozialbericht des Landes Nordrhein Westfalen berichtet, dass die Quote der als arm eingestuft Personen von 12,5 % (in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre) auf mittlerweile 14,8% angestiegen sei. Als arm gilt eine Person in dem Bericht dann, wenn sie monatlich über weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens der Bevölkerung verfügt. Die Grenze lag im Jahre 2003 bei 604 Euro pro Monat. Als besonders gefährdet gelten Alleinerziehende und Familien mit mehr als drei Kindern. In diesen Gruppen hatten jeweils mehr als 40% nur die Hälfte des Durchschnittseinkommens zur Verfügung. Auch Migranten gelten als stark von Armut bedroht.

Neu hingegen ist die Erkenntnis im Sozialbericht, dass sich auch am oberen Rande der Bevölkerung eine ähnliche Entwicklung abzeichnet. 4.000 Spitzenverdiener in NRW verfügen über ein Bruttoeinkommen von jeweils mehr als einer Million Euro. Zwanzig Prozent der Haushalte (in NRW) mit den höchsten Vermögen besitzen insgesamt zwei Drittel des gesamten Vermögens. Fischer artikuliert bei der Vorstellung des Sozialberichts die Befürchtung, dass auf Grund der in Zukunft zu erwartenden Erbschaften sich diese Entwicklung weiter verschär-

fen wird und kündigt bereits an, dass über die Verteilung von Vermögen und Erbschaften an der Finanzierung öffentlicher Ausgaben in Zukunft zu reden sein wird. Investiert werden muss –nach den Worten der Ministerin- in familienfreundliche Arbeitsbedingungen, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Dass dieses die Beschäftigungsoptionen von Eltern verbessert, darf angesichts einer Sockelarbeitslosigkeit von knapp fünf Millionen Arbeitslosen bezweifelt werden

Ob sich dieser Trend bundesweit darstellt, lässt sich im nächsten Jahr beantworten, wenn der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung vorgelegt wird. Bislang liegt ein Entwurf vor, der die Zuarbeiten aus den Ministerien - die Datenbasis - bündelt. Vor der Veröffentlichung sind sprachliche „Überarbeitungen“ und „Glättungen“ zu erwarten, wesentliche Änderungen, nach bisherigen Erfahrungen, aber nicht mehr. Auch hier wird ein Trend zunehmender Ungleichheit konstatiert.

Die Armutsrisikoquote hat bei den meisten Gruppen zwischen 1998 und 2003 zugenommen. Das Vermögen ist – nach dem Sozialbericht- sehr ungleich verteilt. Die ärmere Hälfte der Haushalte verfügt über nicht einmal vier Prozent des gesamten Nettovermögens. Das reichste Zehntel aber besitzt 47 Prozent- zwei Prozentpunkte mehr als vor fünf Jahren.

Bei den unteren 30 Prozent hat im Westen das Vermögen deutlich abgenommen, so der Entwurf. Die Zahl der überschuldeten Haushalte wuchs seit 1999 um 13 Prozent auf 3,13 Millionen. Ursache hierfür waren Arbeitsplatzverlust, dauerhaftes Niedrigeinkommen oder Scheidungen.

Vier Prozent der Bevölkerung gelten als „chronisch“ arm, überwiegend sog. Wohnungsnotfälle, zu denen auch Obdachlose zählen. Deren Häufigkeit wird im Sozialbericht mit 330.000 Fällen geschätzt, einer Quote, die deutlich unter der des Jahres 1997 (530.000) liegt. Deutlichen Zuwachs erfahren hat die Gruppe der Kinder, die auf der Strasse leben: 5.000 bis 7.000 sollen es derzeit sein.

Die Zahl der Sozialhilfeempfänger ist in den letzten vier Jahren mäßig auf 2.828.000 gestiegen. Nach der Zusammenlegung von Arbeits-

und Sozialhilfe können Anspruchsberechtigte nicht nur die Arbeitsvermittlung voll in Anspruch nehmen, sondern auch Mitglieder von Kranken- und Rentenversicherung werden. Der Regelsatz beim neuen Arbeitslosengeld II mag zwar nominell höher ausfallen als in der bisherigen Sozialhilfe. Vertreter aus Sozialverbänden bemängeln jedoch, dass die verfügbare Summe der betroffenen Haushalte niedriger sein wird, da Beihilfen wie z.B. Kleidungsgeld oder ähnliches gestrichen wurden.

Bei Personen mit Migrationshintergrund ist die Armutsquote deutlich gestiegen. Von 9,6 % in 1998 auf 24 % in 2003. Hauptgrund ist die mit gut 20% erhöhte Arbeitslosenquote in dieser Gruppe.

Die Daten begründen ein ähnliches Szenario wie es für NRW formuliert wurde (s.o.). Die gesellschaftliche Mitte nimmt ab, die Randpositionen (und hier in erster Linie der untere Rand) wird stärker besetzt. Ein schwacher Trost mag sein, dass arme Menschen nicht immer arm bleiben müssen. Ein Drittel der Einkommensschwachen schaffte innerhalb von zwei Jahren den Aufstieg.

Ursächlich für diese soziale Entwicklung sei die Wirtschaftsflaute. Nur Arbeit führe aus der Armut, deshalb sei Wirtschaftspolitik die beste Sozialpolitik. Dies kann auch durch Zahlen gestützt werden. Bei leichter wirtschaftlicher Erholung wie z.B. in den Jahren 1998 bis 2000 hat die Armut leicht ab-, mit der wirtschaftlichen Krise danach wieder zugenommen.

Sowohl in der Sozialberichterstattung des Landes NRW als auch der des Bundes lassen sich Belege finden, dass die Reichen reicher und die Armen ärmer werden. Dies ist für eine Gesellschaft wie die Bundesrepublik Deutschland, die auf einer breiten Mittelschicht aufbaut, eine Entwicklung, die mit sozialpolitischem Sprengstoff verbunden ist. Sollte sich in den nächsten Jahren kein wirtschaftlicher Aufschwung abzeichnen, sind neue Verteilungsdiskussionen unausweichlich, da die Ressourcen der Mittelschicht schwinden.

Das Präventionsgesetz: Eine Nachlese

■ Burkhard Gusy

Im vorletzten IPG-Newsletter noch für das Ende dieses Jahres angekündigt, nun um ein weiteres (halbes) Jahr verschoben: Das Präventionsgesetz.

Prävention und Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung sind als eigenständige, neben Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichrangige Säule im Gesundheitswesen zu etablieren, lautet der Beschluss der 77. Gesundheitsministerkonferenz der Länder aus dem Juni des Jahres 2004.

Schwerpunkt der Gesetzgebung im Rahmen des Präventionsgesetzes soll die Stärkung der Primärprävention und der Gesundheitsförderung (insbesondere) auch in Betrieben sein.

Der bisherige § 20 SGB-V soll –so die Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz weiter- in eine für die Gesetzliche Krankenversicherung verbindliche Rechtsgrundlage umgestaltet werden.

Damit möglichst viele Bürgerinnen und Bürger erreicht werden, müssen Prävention und Gesundheitsförderung gemäß dem Settingansatz in den Lebenswelten verankert werden (Kindergärten, Schule, Betriebe, Senioreneinrichtungen oder auch Stadtteile). Im Schlussabsatz der

Stellungnahme der Gesundheitsministerkonferenz wird die Länderhoheit in Sachen Gesundheit betont: „Soweit auf Bundesebene nationale Präventionsziele entwickelt werden, sind diese Ziele auf Rahmenvorgaben zu beschränken, in deren Spannweite die Länder in eigener Hoheit landesweite und/oder regionale Präventionsziele konkretisieren und umsetzen können.“

Auf der Basis des dritten Eckpunktepapiers einer Bund-Länder-Gruppe wurde im Dezember ein Gesetzentwurf vorgelegt, der Bundestag und Bundesrat im nächsten Jahr zugeleitet werden soll. Das Ziel –so sieht es die Roadmap vor– ist eine Verabschiedung des Präventionsgesetzes in der ersten Jahreshälfte, so erhofft es zumindest Bundesgesundheitsministerin Schmidt.

Der Gesetzgeber verbindet mit einer Neugestaltung der Prävention das Ziel, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und Krankheiten bereits im Vorfeld ihrer Entstehung zu bekämpfen. Dies geschieht vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Verschiebung des Krankheitspanoramas in Richtung chronischer Erkrankungen.

Für den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung sollen künftig jährlich 250 Millionen Euro bereitgestellt werden, finanziert durch die Sozialversicherungsträger. 180 Millionen Euro sollen von der gesetzlichen Krankenversicherung, 40 Millionen Euro von der gesetzlichen Rentenversicherung, 20 Millionen Euro von der gesetzlichen Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von der Pflegeversicherung getragen werden. Diese Beträge sollen – so sieht der Gesetzentwurf vor – nicht zu einer Anhebung der Beitragssätze führen.

Auch der Verwendungszweck ist im Gesetzentwurf enthalten. 20 Prozent der Gesamtsumme sollen einer Stiftung zugeführt werden, 40 % für lebensweltliche Maßnahmen und 40% verbleiben beim Sozialversicherungsträger zur Finanzierung eigenverantwortlich zu erbringender Leistungen.

Die oben genannte Stiftung "Prävention und Gesundheitsförderung" wird Modellprojekte, ergänzende lebensweltbezogene Maßnahmen sowie Kampagnen durchführen. Sie hat eine wichtige koordinierende Funktion mit Blick auf die Entwicklung und Konkretisierung von Qualitätssicherungsstandards für die einzelnen Handlungsebenen.

Alle zukünftigen Leistungen und Maßnahmen sollen an Präventionszielen ausgerichtet werden. Auch den Zielbildungsprozess koordiniert die Stiftung "Prävention und Gesundheitsförderung".

Die Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird nach derzeitigen Vorstellungen darin bestehen als eigenständige Fach-

behörde des Bundes Kernaufgaben in Aufklärung und Qualitätssicherung wahrzunehmen. Die BZgA soll als Institution in das neue Präventionssystem eingebunden werden und eng mit der zu gründenden Stiftung kooperieren.

Auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes soll zukünftig mehr Informationen zur Verfügung stellen, die für die Zielbildung und Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung benötigt werden.

Durch das neue Präventionsgesetz werden nur geringe neue strukturelle Kapazitäten geschaffen, der Rest wird durch bereits etablierte Einrichtungen wie die BZgA und das Robert Koch Institut mit übernommen.

Die Krankenkassen bewerten die geplante Finanzierung als Eingriff in ihre Autonomie. Der Politik wird vorgeworfen, auf Mittel der Sozialversicherung zuzugreifen, eigene Handlungsfelder zur Gesundheitsförderung – wie etwa den Schulsport – jedoch zu vernachlässigen. Mit dem zu erwartenden Geldsegen für Länder und Kommunen wird die Sorge verbunden, er diene vorrangig zur Sanierung des chronisch unterfinanzierten Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Das vielleicht größte Risiko liegt jedoch darin, die Fehler der Vergangenheit in Zukunft fortzuschreiben. Empirisch gut belegt ist der Zusammenhang zwischen prekären sozialen Lagen von Menschen und deren riskantem Gesundheitsverhalten. Bislang wurden durch teure Präventionskampagnen am ehesten (überwiegend weibliche) Versicherte der Mittel- und Oberschicht erreicht, die bereits hoch motiviert und gesundheitsbewusst waren. Besonders gefährdete Risikogruppen nahmen die Angebote in der Regel jedoch nicht wahr. Diese sind zwar schon seit geraumer Zeit verbal als Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung hervorgehoben worden. Es fehlt jedoch an Konzepten und Maßnahmen zur Umsetzung dieses Vorsatzes.

Politischer Wille ist nun, die Primärprävention konsequent auszubauen. Chancen der Neuausrichtung liegen vor allem darin, dass anders als bislang Maßnahmen auf allen Ebenen abgestimmt, koordiniert und qualitätsgesichert erfolgen werden. Bei zukünftigen Maßnahmen ist verstärkt darauf zu achten, dass es nicht nur darum geht, riskantes Verhalten zu ändern, sondern dieses geänderte Verhalten auch dauerhaft zu stabilisieren. Dann, wenn sich sog. Jojo-Effekte weitgehend vermeiden lassen, sind verhaltensbezogene Interventionen maximal wirksam.

Kurz vorgestellt

Neben Webadressen soll hier auch auf gesundheitswissenschaftlich relevante Publikationen hingewiesen werden.

In dieser Rubrik werden die Internetauftritte der verschiedenen Krankenkassen vorgestellt. In dieser Ausgabe das Internetportal der [Techniker Krankenkasse \(TK\)](#).

Der Internetauftritt der TK ist übersichtlich und benutzerfreundlich gestaltet. Er ist in Bereiche für Mitglieder und Nichtmitglieder unterteilt. Im Mitgliederbereich sind neben Informationen, Erinnerungen an Vorsorgetermine, ein Formularcenter, ein Newsletterabonnement sowie eine Arzneimittelberatung angeboten.

Die einzelnen Rubriken sind gut strukturiert und dabei aufgefächert in die Leistungsbereiche der Gesetzlichen Krankenversicherungen und freizeitbezogene Bereiche wie Sport, Wellness, Reise und Urlaub. Gelungen ist der hergestellte Bezug zum jeweiligen Status des Versicherten. Informationen werden speziell für Arbeitnehmer, Selbständige, freiwillig Versicherte, Rentner, Familienmitglieder etc. aufbereitet.

Die gesetzlichen Leistungen sind dabei sinnvoll mit allgemein beratenden Informationen verknüpft. Das Informationsangebot in den Bereichen Freizeit, Prävention, Gesundheitsförderung und Vorsorge ist ebenso umfang- wie facettenreich.

Besonders hervorzuheben sind spezielle Angebote und Foren für Kinder und Jugendliche.

Allgemeine gesundheitspolitische Informationen werden in der Regel an Hand bevorstehender oder kürzlich eingetretener Gesetzesänderungen (Pflegeversicherung, Zahnersatz, Bonus-system) bereitgestellt.

Insgesamt gesehen ist der Internetauftritt der TK ein solides Informationsportal, das Patienten, Versicherten und Interessierten einen guten Überblick über die Leistungen der GKV sowie sämtliche gesundheitsbezogene Themen verschafft.

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: 10.03.2005

Abonnement

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