

Themen dieser Ausgabe:

Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Seite 1

Wohin geht's in der Gesundheitspolitik?

Seite 3

Geringere Kosten – gleich bleibende Leistungen? Die Modernisierung des Gesundheitssystems

Seite 5

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

- Die HUK-COBURG und ihre Krankenversicherungen im Internet
- Schwarzer, R. (2005). *Enzyklopädie der Psychologie (Gesundheitspsychologie, Band 1)*

Seite 6

Impressum

Seite 7

Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland

- Guido Grunenberg

Mit dieser Ausgabe endet die Serie zu den Gesundheitssystemen in Europa. In den letzten 10 Ausgaben wurden an dieser Stelle die Gesundheitssysteme unserer europäischen Nachbarn betrachtet. Der Schwerpunkt lag dabei stets auf einer vergleichenden Analyse der jeweiligen Gesundheitssysteme mit dem deutschen Gesundheitssystem, um Schwachstellen zu diagnostizieren und vor allem Potenziale und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem zu diskutieren. Ländern wie Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Finnland, die in der öffentlichen und politischen Diskussion gerne auch jetzt noch als Vorbilder zur Umgestaltung des deutschen Gesundheitssystems bezeichnet werden, eilte

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

- Wie steht das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich da. Mit diesem Artikel schließt die Reihe "Gesundheitssysteme in Europa" ab.
- Ein Blick voraus: Wohin geht's in der Gesundheitspolitik nach dem Willen der großen Koalition?
- Ein Blick zurück: Die Folgen der GKV-Reform in 2004. Geringere Kosten - gleich bleibende Leistungen?
- Informationsangeboten ausgewählter Krankenkassen im Internet sowie aktuellen Publikationen.

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung wünscht erholsame Feiertage und einen guten Rutsch ins neue Jahr.

Veranstaltungen/Tagungen

20.01.-21.01.2006 [Dresden]

2. Kita-Symposium in Dresden. Gesundheit in der Kita – Konzepte für Große und Kleine. Ge-

dabei der Ruf voraus, zumindest in Teilbereichen bereits weitreichende Reformen umgesetzt zu haben, die in Deutschland noch bevorstehen sollten. Die EU-Beitrittsländer Estland, Polen, Ungarn, Tschechien und die Slowakei stehen für grundlegende Reformen und Strukturveränderungen, die sich im Rahmen der Beitrittsverhandlungen dem Grunde nach an Deutschland und den anderen EU-Mitgliedern orientierten und in Teilbereichen (z.B. Privatisierung und Eigenbeteiligung durch die Patienten) sogar noch reformfreudiger agierten.

Ein Auslöser für die Serie zu den Gesundheitssystemen in Europa war der WHO Gesundheitsreport 2000, der Deutschland bescheinigte, nach der USA und der Schweiz über das teuerste Gesundheitssystem der Welt zu verfügen bei einer im Vergleich zu den Ländern der EU unterdurchschnittlichen Lebenserwartung. Das Gesundheitssystem der Niederlande galt laut der WHO-Studie seinerzeit als das fortschrittlichste und effizienteste der Welt. Deutschland rangierte hier noch hinter Frankreich und der Schweiz.

Die untersuchten Gesundheitssysteme stehen im Wesentlichen vor ähnlichen Herausforderungen und Problemen: die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen und Finanzierung sowie die Entwicklung und die damit einhergehenden Ausgabensteigerungen des medizinischen Fortschritts.

Insgesamt konnte bei eingehenderer Betrachtung der ausgewählten europäischen Gesund-

heitsförderung für Kinder und Erzieherinnen: Forschungsergebnisse, Beispiele guter Praxis, Arbeitshilfen, Weiterbildung. [\[Mehr dazu\]](#)

27.01.-28.01.2006 [Berlin]

Pflegemanagement-Kongress. Pflege 2006 und der 11. Pflege-Recht-Tag. [\[Mehr dazu\]](#)

27.01.-28.01.2006 [Aarau/Schweiz]

8. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz zum Thema: Herausforderung „Gesundes Körpergewicht“ und „Psychische Gesundheit – Stress“. [\[Mehr dazu\]](#)

03.02.-05.02.2006 [München]

11. Münchener AIDS-Tage. Wunschwelt Heilung - Evidenz für Fortschritt oder Stillstand? [\[Mehr dazu\]](#)

07.02.2006 [Hannover]

10 Jahre Arbeitskreis Alter(n) und Gesundheit. Open Space Konferenz: Schwaches Alter? Starkes Alter? Neues Alter(n)?! [\[Mehr dazu\]](#)

09.02.2006 [Berlin]

4. Berlin-Brandenburger Pflage. Sterbekultur als Lebenskultur. [\[Mehr dazu\]](#)

heitssysteme konstatiert werden, dass reine Kosteneffizienz nicht zwingend mit hoher Qualität in der Patientenversorgung einhergeht und dass sich mitunter enorme finanzielle Defizite auch bei den als reformorientiert bezeichneten Ländern in den folgenden Jahren wieder einstellten. Die Reformbemühungen zeigten häufig nur kurzfristig entlastende Effekte und gingen allzu oft zu Lasten der Patienten, besonders der sozial schwachen.

Einzelne Aspekte der jeweiligen Gesundheitsreformansätze der untersuchten Länder sind jedoch vor dem Hintergrund der Frage der Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem hervorzuheben, wie der Ansatz der Schweiz mit dem Versuch der Entlastung des Faktors Arbeit durch Einführung der Kopfpauschale. Durch den Wegfall der Arbeitgeberanteile wurde die Wirtschaft entlastet, die Einnahmen gesteigert und das gesamte System gegenüber konjunkturellen Schwankungen und zum Teil auch gegenüber der demographischen Entwicklung stabilisiert. Auch Frankreich setzt bereits auf Entkopplung des Faktors Arbeit durch Besteuerung sämtlicher Einkommensarten. Das Hausarztmodell und die Patientenkarte wurden darüber hinaus längst auf den Weg gebracht. Finnland überzeugt neben den schon fast obligatorischen Ansätzen der Ausgabensenkung auch durch Berücksichtigung langfristiger gesundheitspolitischer Entwicklungsziele, die ihren Fokus auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung demographischer, sozialpolitischer und vor allem gesundheitsförderlicher Aspekte richten.

Und von besonderem Interesse für Deutschland ist ebenso die eindeutige Trennung zwischen gesetzlicher Versicherung und Pflichtversicherung in den Niederlanden. Jenseits der Pflichtversicherungsgrenze werden hier die zu Versichernden eindeutig der PKV zugewiesen. Unabhängig von einer Diskussion um die Höhe der Einkommensgrenze begünstigt diese klare Regelung eher ein „Miteinander“ zwischen GKV und PKV im Gesundheitssystem und führt nicht, wie im deutschen System, zu einem Wettbewerb um bestimmte Versichertengruppen. Darüber hinaus wurden die Einführung des Hausarztes mit Lotsenfunktion, die Abrechnung nach Fall- und Kopfpauschalen sowie die Auflösung der starren Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung bereits vor Jahren umgesetzt.

Innovative Reformansätze aus den Reihen der EU-Beitrittsländer sind dagegen eher Mangelware. So vergleichsweise schnell, wie deren Gesundheitssysteme teilweise komplett umstrukturiert wurden, so verheerend waren mitunter die Auswirkungen der Reformen auf die Patienten. Privatisierung, Budgetierung und stärkerer Eigenbeteiligung durch die Patienten stehen in der Regel Unterversorgung, lange Wartezeiten und Korruption gegenüber. Durch die EU-Richtlinien von August 2004, wonach ein Arzt mit Fremdsprachkenntnissen im Prinzip frei wählen kann, in welchem Land er arbeiten möchte droht den meisten Beitrittsländern darüber hinaus ein Ausverkauf ihres zumeist gut ausgebildeten medizinischen Fachpersonals, das in den anderen EU-Mitgliedsstaaten ein Vielfaches verdienen kann.

Legt man die eher oberflächliche Betrachtung der Gesundheitssysteme im Rahmen der Serie zu Gesundheitssystemen in Europa zu Grunde, so erweckt das deutsche Gesundheitswesen im Hinblick auf die Versorgungsqualität aber auch die finanzielle Stabilität den Eindruck, zumindest weiter konkurrenzfähig zu sein. Auch die Ausweitung der Zuzahlung für die Patienten erscheint im europäischen und internationalen Vergleich eher moderat. Die eher abwartende Reformpolitik scheint sich pikanterweise im internationalen Vergleich nicht in der Art nachteilig ausgewirkt zu haben, dass Deutschland mit seinem Gesundheitssystem international als rückständig eingestuft wird.

Eine jüngst veröffentlichte Studie des [Commonwealth Fund \(CWF\)](#) beschäftigt sich in diesem Zusammenhang näher mit der wissenschaftlichen Betrachtung der Qualität der Gesundheitsversorgung internationaler Gesundheitssysteme.

Der CWF erhebt seit 1999 regelmäßig Parameter der Gesundheitsversorgung zum Vergleich der Qualität zwischen Australien, Kanada, Neuseeland, den USA und Großbritannien. 2005 beteiligte sich erstmals Deutschland an der Untersuchung. Den deutschen Teil der Untersuchung verantwortet dabei das [Institut für Quali-](#)

[tät und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen \(IQWiG\)](#).

Ziel der Untersuchung in diesem Jahre war die Betrachtung der Qualität der Gesundheitssysteme aus Patientensicht. Befragt wurden in strukturierten Telefoninterviews mit zufälliger Auswahl im gleichen Zeitraum (April bis Juni 2005) Erwachsene Patienten, die Angaben, an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung zu leiden oder in den letzten zwei Jahren stationär behandelt worden zu sein. In Deutschland haben 1.474 Männer und Frauen an der telefonischen Befragung, die durchschnittlich 55 Fragen umfasste, teilgenommen.

Der Fokus lag dabei insbesondere auf folgenden Aspekten und Themen:

generelle Bewertung des Gesundheitssystems, finanzielle Belastungen, Arzt-Patienten-Kommunikation, Zugang zu Gesundheitsleistungen und fachärztlicher Versorgung, Erfahrungen im Krankenhaus und Versorgungsqualität.

Die Stärken des deutschen Gesundheitssystems liegen im Vergleich zu den anderen Ländern in der Arzt-Patienten-Beziehung. Deutsche Patienten haben vergleichsweise längere Beziehungen zu den betreuenden Ärzten und erhalten weniger widersprüchliche Informationen. Der Zugang zu primärärztlicher, fachärztlicher- und Notfallversorgung gestaltet sich für deutsche Patienten einfacher. Sie haben die kürzesten Wartezeiten in Allgemein- und Facharztpraxen sowie bei geplanten Operationen und Notfallbehandlungen. In Deutschland stationär behandelte Patienten werden vergleichsweise häufiger zumindest teilweise über mögliche Risiken im Zusammenhang mit geplanten Eingriffen aufgeklärt. Sie berichten seltener über im Krankenhaus neu aufgetretene Infektionen und Verzögerungen bei auffälligen Laborbefunden. Insgesamt werden chronisch kranke Patienten in Deutschland besser mit Standardpräventionsmaßnahmen versorgt als in den anderen Ländern. Auch wird das medizinische Pflegepersonal häufiger in die Betreuung der Patienten eingebunden.

In der [Pressemitteilung](#) des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) wird Deutschland vor dem Hintergrund der Veröffentlichung der Studie eine sehr gute Qualität in der Gesundheitsversorgung attestiert. Der Staatssekretär im BMGS, Dr. Klaus Theo Gärtner, sah daraufhin sogleich die Weichen für die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems richtig gestellt, wobei die vergleichsweise schlechte Beurteilung des deutschen Gesundheitssystems durch die Patienten für ihn nicht nachvollziehbar war.

Denn trotz einer vergleichsweise hohen Versorgungsqualität beurteilt nahezu jeder Dritte deutsche Patient das deutsche Gesundheitssystem schlecht und spricht sich für eine grundlegende Umgestaltung aus. Mögliche Ursachen für diese vergleichsweise schlechte Beurteilung

werden bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse deutlich. Deutsche Patienten sind z.B. häufiger als die Patienten der anderen Länder der Meinung, ihre Ärzte würden überflüssige Doppeluntersuchungen anordnen. Auch die auf den ersten Blick betrachtet positiv beurteilte Kommunikation über Risiken im Rahmen stationärer Behandlung offenbart Schwächen. So fühlen sich deutsche Patienten weniger häufig vollständig über Risiken bei Eingriffen aber auch bei Verabreichung neuer Medikamente aufgeklärt. Ebenso berichten deutsche Patienten im internationalen Vergleich häufiger, von ihrem Hausarzt selten oder nie über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeklärt zu werden und wenn im Verlauf einer Behandlung Fehler auftreten, werden diese von deutschen Beschäftigten im Gesundheitswesen seltener mitgeteilt als in anderen Ländern. Insgesamt betrachtet ist auch die Organisation rund um die Versorgung bei Entlassung aus dem Krankenhaus als weniger gut beurteilt worden.

In Bezug auf die Zusatzkosten lässt sich eine Einteilung in Stärken und Schwächen kaum vornehmen. Deutsche Patienten verfügen im Vergleich zu den anderen Ländern signifikant seltener über eine private (alleinige oder zusätzliche) Krankenversicherung. Die Zahlen für die USA sind wegen des anders gearteten Versicherungssystems nicht vergleichbar. Patienten in Deutschland zahlen für ihre Gesundheit aus eigener Tasche weniger dazu als in den USA und Australien und mehr als in Großbritannien, Kanada und Neuseeland.

Die vom CWF konzipierte Studie wurde vom IQWiG hinsichtlich der Methode und der Formulierung der Fragen an die spezifisch deutsche Situation adaptiert und wartet darüber hinaus auch mit Aussagen über geschlechtsspezifische Unterschiede, Vergleiche zwischen alten und neuen Bundesländern, Versichertenstatus, Einkommenssituation und Schulbildung auf.

Die Darstellung der Ergebnisse wird ausführlich den einzelnen Themenbereichen zugeordnet. Hier werden sowohl die Ländervergleiche als auch die nationalen Besonderheiten und Un-

terschiede detailliert mit Zahlen hinterlegt und auch im Hinblick auf Signifikanzen erläutert. Ebenso finden spezifische Eigenschaften der jeweiligen Gesundheitssysteme bei der Betrachtung Berücksichtigung.

In der Bewertung der Ergebnisse verzichtet das IQWiG aufgrund des Studiendesigns auf kausale Interpretationen, hebt aber den echten Benchmark-Vergleich zwischen den untersuchten Ländern hervor, in dem Deutschland in einigen Bereichen sehr gut abschneidet und in vielen anderen Bereichen Reformbedarf offenbart.

Als eines der auffälligsten Defizite in der medizinischen Versorgung in allen Ländern erscheint die Kommunikation zwischen Arzt und Patient – im ambulanten wie im stationären Bereich. Der sicherlich auffälligste Befund aus deutscher Perspektive in dieser Studie ist, dass die subjektive Einschätzung des deutschen Gesundheitssystems wie auch der Qualität der eigenen medizinischen Versorgung seltener das Prädikat „sehr gut“ erhält. Das IQWiG betont dabei jedoch, dass dies nicht der tatsächlichen, auch von den Befragten selbst bescheinigten hohen Qualität in konkreten Einzelbereichen entsprechen würde. Vergleichend wird der seit 2001 jährlich durchgeführte Gesundheitsmonitor der Bertelsmannstiftung empfohlen. Laut [Gesundheitsmonitor 2005](#), bei dem eine repräsentative Stichprobe der Bürger befragt wurde, sind 12% der Ansicht, das Gesundheitssystem „funktioniert so schlecht, dass es von Grund auf verändert werden muss“. Das ist ein geringerer Anteil als in dieser Erhebung. Allerdings äußerte in den Jahren 2001–2005 laut Gesundheitsmonitor jeweils maximal ein Drittel die Ansicht, dass beim deutschen Gesundheitswesen „nur kleine Verbesserungen nötig“ seien. Und mindestens zwei Drittel votierten für „einschneidende Maßnahmen“ oder für Veränderungen von Grund auf.

So bleibt ein Fazit, dass die Bürger und Patienten in Deutschland mit der Qualität der Gesundheitsversorgung häufig unzufrieden sind und den Reformbedarf als sehr hoch einschätzen – auch wenn das deutsche Gesundheitssystem in internationalen Vergleichen hier gut abschneidet.

Wohin geht's in der Gesundheitspolitik?

■ Siegfried Dierke

Die neue Bundesregierung hat inzwischen ihre Arbeit aufgenommen, auch wenn sich die neuen Koalitionäre in vielen Punkten noch nicht auf eine gemeinsame Linie festlegen konnten. Insbesondere bei der Diskussion um die Finanzierung der GKV gibt es bislang we-

nig Bewegung. Der zukünftige gesundheitspolitische Kurs ist somit noch lange nicht abgesteckt. Dennoch lohnt ein Blick in den am 11.11.2005 von CDU, CSU und SPD vorgelegten [Koalitionsvertrag](#) und die Lektüre der Pressemitteilungen, um auch für den Bereich der Gesundheitspolitik einige Weichenstellungen ablesen zu können.

Hinlänglich bekannt ist, dass sich die neuen großen Koalitionäre bei dem im Wahlkampf zentralen Streit um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bislang kaum näher gekommen sind. Die Modelle von einkommensabhängiger Bürgerversicherung und

einkommensunabhängiger Kopfpauschale/ Gesundheitsprämie stehen sich weiterhin gegenüber. So sind hierzu im Koalitionsvertrag auch nur Allgemeinplätze zu finden, dass eine „solidarische und bedarfsgerechte Finanzierung“ des Gesundheitssystems weiterhin gewährleistet werden soll. Derzeitige Mängel beim Zugang zum Krankenversicherungsschutz und das Problem einer wachsenden Zahl von Menschen ohne Versicherungsschutz werden explizit benannt. Verbesserte Angebote zur Rückkehr in die Krankenversicherung sollen hier zunächst Abhilfe schaffen, bis eine übergeordnete Neuordnung getroffen wird.

Als Grundpfeiler des Gesundheitssystems werden verstärkte wettbewerbliche Ausrichtung, die Aufrechterhaltung eines pluralen Systems von privatem und gesetzlichem Krankenversicherungsschutz, Kassenvielfalt sowie freie Arzt- und Kassenwahl angegeben. Soweit nichts Neues. Geplant ist allerdings eine Übertragbarkeit individueller Altersrückstellungen beim Wechsel zwischen privaten Versicherungen und ggf. auch von PKV zu GKV. Für den GKV-Bereich sollen kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht werden. Der Risikostrukturausgleich soll gleichzeitig weiterentwickelt, vereinfacht, zielgenauer und morbiditätsorientiert gestaltet werden. Die hier zusammengefassten und wohl kaum gemeinsam umzusetzenden Zielsetzungen lassen die unterschiedliche Handschriften der neuen Regierungsparteien erkennen. Ebenso spannend bleibt, wie Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ohne eine Aushöhlung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen werden.

Offenkundig haben bei den Koalitionsverhandlungen die Ökonomen den Hut aufgehakt: So wird in den Vorbemerkungen zum Abschnitt „Gesundheit“ die enorme wirtschaftliche Bedeutung der 4,2 Millionen Arbeitsplätze im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt gerückt, und das erste Kapitel zu den Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik widmet sich gänzlich der Stärkung von Standortbedingungen und Innovationsmöglichkeiten der Pharmaindustrie in Deutschland. Insbesondere die Biotechnologie soll dabei verbesserte Rahmenbedingungen erhalten. Die Auflösung der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" passt dazu gut ins Bild, sind doch von dem im letzten Jahr neu konstituierten „Nationalen Ethikrat“ weit weniger forschungskritische Stimmen zu erwarten. Durch gesetzliche Neuregelungen zu Untersuchungen am Human-Genom sollen zwar einerseits Persönlichkeitsrechte geschützt, andererseits aber auch die Interessen von Industrie und Forschung gewahrt werden. Eine weitere Öffnung für embryonale Stammzellforschung ist unter den neuen politischen Verhältnissen nicht unwahrscheinlich.

Wie die Umwandlung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte in eine moderne und international konkurrenzfähige Zulassungsagentur erfolgen soll und welche Vorteile dies für Kranke und Versicherte haben könnte, wird nicht weiter ausgeführt. Sehr konkret sind allerdings andere Vorhaben hinsichtlich Pharmaprodukten. Geplant ist, das Defizit der Krankenkassen durch Einsparungen im Bereich der Arzneimittelausgaben zu reduzieren. So sollen die Gewährung von Naturalrabatten beendet, Preise für Arzneimittel 2 Jahre lang nicht erhöht bzw. bei Generika um 5 % gesenkt und die Mehrwertsteuererhöhung nicht an die Krankenkassen weitergegeben werden. „Die individuelle Verantwortung des Arztes für seine Verordnungspraxis wird gestärkt“, so steht es im Vertragstext. Konkret wird dies bedeuten,

Ärzte je nach Verschreibungsverhalten zu belohnen oder zu bestrafen. Insgesamt 2 Mrd. Euro könnte dieses Gesetzespaket den Krankenkassen bringen, durchaus beachtlich, aber weit weniger als eine Positivliste, die allerdings schon von den unterschiedlichen vorangegangenen Regierungen gegen die Pharmaindustrie nicht durchgesetzt werden konnte.

Im Laufe des folgenden Jahres wird es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer erneuten Vorlage eines Gesetzes zur Regelung von Patientenverfügungen kommen, wobei der Inhalt weiterhin ungeklärt bleibt. Die insbesondere aus der Enquetekommission und Behindertenverbänden geäußerten Bedenken gegen die von der Bundesregierung anvisierte Ausweitung der Reichweite von Patientenverfügung werden auch innerhalb der neuen Koalition repräsentiert, da Teile von SPD und CDU/CSU weiterhin Einwände gegen die vom Justizministerium geplante Liberalisierung erheben werden (s. [Newsletter 01/05](#)). Ebenso unklar bleibt, ob – und in welcher Form – ein neues Präventionsgesetz vorgelegt wird und wie der Gesetzgeber dazu beitragen will, den Bereich der Rehabilitation zu stärken und auch die Pflege hier mehr einzubinden.

Zur elektronischen Gesundheitskarte und dem in diesem Zusammenhang bestehenden weitreichenden Klärungsbedarf gibt es keinerlei Äußerungen, außer dass die Arbeiten an der Einführung zielgerichtet fortgeführt werden und der Missbrauch der Versichertenkarte konsequent bekämpft werden muss. Zu Beginn des Jahres 2006 wird die Karte, wie angekündigt in verschiedenen Modellregionen eingeführt. Gerichtskosten bei der Verweigerung der Zahlung der Praxisgebühr sollen übrigens zukünftig zu Lasten der säumigen PatientInnen gehen.

Ein Augenmerk werfen die Koalitionäre auch auf die wachsenden Versorgungsprobleme bei der medizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten der neuen Bundesländer. Die Weiterentwicklung des gesamtdeutschen RSA soll hier Abhilfe schaffen ebenso wie der Ausbau medizinischer Versorgungszentren, wobei offen bleibt, ob sich nun wieder an positive Elemente des Poliklinik-Systems erinnert wird, das nach der Auflösung der DDR so vehement bekämpft wurde. Des Weiteren sollen die Rahmenbedingungen für eine vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere bezüglich Anstellungsmöglichkeiten sowie gleichzeitiger Tätigkeit in der ambulanten und der stationären Versorgung, liberalisiert werden. Pauschalvergütungen sollen auch im ambulanten Sektor Einzug halten, was nicht ohne Neuordnung der Kompetenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen kann. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die geplante Prüfung, nichtärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepte einzubeziehen.

Bis zum Sommer 2006 soll ein neues Gesetz zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten

Finanzierung der Pflegeversicherung vorgelegt werden. Hervorzuheben ist dabei, dass das Umlageverfahren durch eine Kapitaldeckung ergänzt werden soll. Zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung soll ein Finanzausgleich eingeführt werden zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen. Kranken- und Pflegeversicherung sollen nicht zusammengeführt, aber Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit deutlich verbessert werden.

Die seit 1995 unverändert gebliebenen Leistungen der Pflegeversicherung sollen aufgestockt und hinsichtlich Spreizung zwischen den Pflegestufen und Anreizwirkung überarbeitet werden. Ein korrigierter Pflegebegriff soll spezielle Hilfebedarfe z.B. von Demenzkranken berücksichtigen und die Pflegekräfte durch die Reduzierung des Verwaltungsaufwands entlastet werden. Schnittstellenproblematiken zwischen Reha, Geriatrie und Pflege sollen zudem geklärt werden. Weitere Elemente zur Sicherung der Pflege sollen in der Ausweitung des Pflegeurlaubs, Förderung alternativer Wohn- und Betreuungsangebote und Unterstützungsangeboten für die häusliche Pflege, Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement liegen.

Vieles andere bleibt bei sehr schwammigen Willensäußerungen, denen keine Konkretion abzulesen ist:

Auswirkungen sowie bürokratische und kalkulatorische Probleme im Zuge der Einführung von DRGs und Festzuschüssen beim Zahnersatz sollen überprüft und DMP, integrierte Versorgung sowie die Überwindung der strikten Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung trotz bislang geringer Erfolge oder hohen organisatorischen bzw. finanziellen Aufwands weiter

verfolgt werden. Erfassungssysteme für große Volkskrankheiten wie Krebs und KHK sollen verbessert bzw. ausgebaut werden sowie Informations- und Beteiligungsrechte für PatientInnen gestärkt werden, ohne dass dies weiter ausgeführt wird.

Gerade mal 6 Seiten umfasst das Kapitel „Gesundheit“ des Koalitionsvertrags. Zentrale Fragen der Gesundheitspolitik bleiben dabei von der Großen Koalition immer noch unbeantwortet. Aber wenigstens bei Kleinigkeiten wird Aktionismus gezeigt: „Es ist zu prüfen, wie eine Verwendung von nicht verabreichten Opiaten und anderen Medikamenten nach dem Tod eines Patienten in Hospizen und Heimen möglich wird.“ Wer solch grundlegende Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems eigens anspricht, aber selbst hier nur eine Prüfung anregt, offenbart große Defizite in der eigenen Entscheidungsfähigkeit, politisch steuernd und gestaltend eingreifen zu wollen. Übrigens erwähnen die großen Koalitionäre in Kapitel „Gesundheit“ nicht, dass sie den Bundeshaushalt zu Lasten der Sozialversicherungssysteme sanieren wollen: Zur Finanzierung so genannter "versicherungsfremder Leistungen" (wie z.B. das Mutterschaftsgeld), die nicht wegen Krankheit, sondern aus familiären oder sozialpolitischen Gründen erbracht und aus Beitragsgeldern der GKV erstattet werden, wurde die Tabaksteuer angehoben und Bundeszuschüsse an die Gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von 4,2 Milliarden Euro zugesagt. Diese stehen nun wieder zur Disposition, was den Druck auf die Krankenkassenbeiträge deutlich erhöht.

Geringere Kosten – gleich bleibende Leistungen? Die Modernisierung des Gesundheitssystems

■ Burkhard Gusy

"Seit dem 01. Januar 2004 ist die Gesundheitsreform (GKV-Reform) in Kraft. Mit ihr wurden die Weichen gestellt, unser Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen und seine drängendsten Probleme zu lösen, die Beiträge zu senken und die Ausgaben zu begrenzen" ist auf den Webseiten des [Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung](#) zu lesen. Bereits im letzten [Newsletter \(03/05\)](#) wurde die

Sicht der Versicherten auf das Reformpaket thematisiert. Grund für das erneute Aufgreifen dieses Themas ist der im Oktober 2005 erschienene "Gesundheitsmonitor 2005" zum Thema "Ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft", in der eine erste Bilanz gezogen wird.

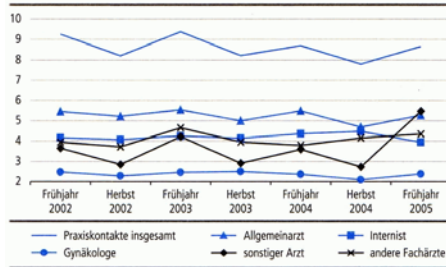
Zur Erinnerung: Kostendämpfung und Strukturveränderungen waren ein wesentliches Ziel des im Jahre 2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch neue Steuerungsinstrumente wie die Einführung der Praxisgebühr sollten die Aufwendungen für die ambulante Versorgung gesenkt werden, die Einsparungen - so der Plan der Gesundheitsministerin Schmidt - den Versicherten durch sinkende Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder zu Gute kommen. Beitragssenkungen von bis zu einem Prozentpunkt wurden für möglich gehalten. Im ausklingenden Jahr 2005 kündigten mehrere Krankenversicherungen an, ihre Beitragssätze

im Jahre 2006 nicht zu senken, sondern erheblich zu erhöhen, um mindestens 0.5 Prozentpunkte. Das Bundesministerium für Gesundheit reagiert laut einer Meldung der Süddeutschen Zeitung vom 16. Dezember mit Unverständnis. Vom ursprünglichen Versprechen, die privaten Aufwendungen für die ambulante Versorgung durch Beitragssenkungen abzufedern, ist nicht viel geblieben.

Wenn schon der Nutzen der Versicherten nicht in sinkenden Kosten sichtbar wird, stellt sich die Frage, wie denn die neuen Steuerungsinstrumente greifen. Erste empirische Daten liegen vor, die eine Bewertung ermöglichen.

Die gute Nachricht vorweg: Mit den Daten des Gesundheitsmonitors 2005 lässt sich zeigen, dass die Praxisgebühr zu sinkenden Praxiskontakten geführt hat. In Allgemeinarztpraxen wurde eine Minderung um 1% von 2004 zu 2005 belegt. Die Fahlzahlquote hat, bereinigt um jahreszeitbedingte Schwankungen, über fast alle Arztgruppen hinweg abgenommen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der Praxiskontakte im Zeitverlauf (Quelle: Böcken, Braun, Schnee & Amhof, 2005, S. 15)

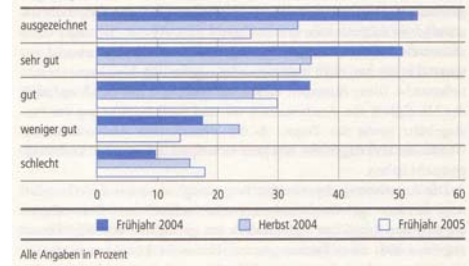


Eine Ausnahme bilden hier nur die Praxiskontakte zur Gruppe 'anderer Fachärzte', die deutlich zunehmen.

Ist das Reformziel damit erreicht? Der Steuerungsmechanismus war differenzierter angelegt. Der Patient sollte vor dem Hintergrund einer möglichen Selbstbeteiligung die Entscheidung treffen, ob ein Arztbesuch erforderlich sei oder nicht. Unnötige Arztbesuche galt es zu vermeiden. Die Daten zeigen aber auch, dass über alle Bevölkerungsschichten hinweg die Praxiskontakte abnehmen. Versicherte umgehen Arztbesuche, um Kosten zu vermeiden. Auch Personen mit hohen Arztbesuchsfrequenzen reduzierten ihre Praxiskontakte. Durch Einspareffekte (an Praxisgebühren) lässt sich deren Verhalten nicht erklären, da diese ja nur einmal im Quartal entrichtet wird. Personen, die ihren Gesundheitszustand selbst als "schlecht" beschreiben, haben ihre Praxiskontakte am deutlichsten gesenkt (von 23 auf 16 Arztbesuche). Diese Tendenz bleibt auch in der Frühjahrserhebung stabil, in der die Praxiskontakte der anderen Gruppen wieder leicht zunehmen (vgl. Abbildung 2).

Gerade bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand besteht damit die Gefahr, dass auch auf wichtige Arztbesuche verzichtet wird.

Abbildung 2: Vermeiden von Arztbesuchen nach Gesundheitszustand im Zeitverlauf (Quelle: Böcken, Braun, Schnee & Amhof, 2005, S. 20)



Verschleppte Krankheiten in dieser Personengruppe können sich langfristig als Bumerang erweisen, da die Kuration leichter Krankheiten bzw. vorbeugender Interventionen unter ärztlicher Anleitung nicht mehr stattfindet. Vor allem in den untersten Einkommensgruppen werden Arztbesuche am ehesten aufgeschoben. Damit offenbart die Reform eine soziale Schiefelage, die durch die Härtefallregelungen dieses Gesetzespakets nicht kompensiert wird. Berücksichtigt man ferner die Schätzungen von 180.000 – 300.000 Personen, die derzeit ohne Krankenversicherungsschutz leben (Tendenz steigend), droht der gesetzlich verankerte Anspruch auf eine gleichwertige notwendige medizinische Versorgung unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen zur Makulatur zu werden. Um diesen Anspruch einzulösen sind Reformen notwendig, die nicht nur auf Einnahmenverbesserung und Ausgabenminderung zielen, sondern auch die Verteilung von Gesundheitsleistungen ins Visier nehmen. Die mit dem GKV-Reformgesetz verabschiedeten Härtefallregelungen sind nicht ausreichend, um einen gleichen Zugang für alle Bevölkerungsgruppen zur ambulanten Versorgung sicherzustellen. 84% der Bundesbürger wünschen den Erhalt einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung, intelligente Lösungen sind weiterhin gefragt.

Angeklickt: Die HUK-COBURG und ihre Krankenversicherungen im Internet

Die Serie zu den Internetauftritten der Krankenkassen. In dieser Ausgabe mit den Webseiten der HUK-Coburg fortgesetzt.

Die HUK Coburg kooperiert mit der Barmer Ersatzkasse im Bereich der Zusatzversicherungen.

Wer als gesetzlicher Versicherter den Internet-Auftritt seiner Krankenkasse kennt und erstmals auf die Website der HUK klickt, bemerkt sofort den Unterschied: Hier sollen Kunden gewonnen und nicht in erster Linie gesundheitsbezogene Informationen zur Verfügung gestellt werden. Gute und sehr gute Bewertungen in unterschiedlichen Testzeitschriften werden groß hervorgehoben, ohne dass dadurch wirklich eine Transparenz über die diversen Voll- und Zusatzversicherungsangebote für den Nutzer entsteht. Bei der Suche nach der geeigneten Versicherung ist die Aufspaltung in unterschiedliche Wahl-Tarife und Versicherungskomponenten zumindest für Noch-GKV-Versicherte nicht ohne Weiteres zu durchschauen.

Denn nach der Auftrennung zwischen *privater Vollversicherung* und *privatem Zusatzschutz für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen* hat sich der Neukunde zu entscheiden zwischen einer Vielzahl von Tarifen, die Leistungen im ambulanten oder stationären Bereich, Kranken-

und Krankenhaus-Tagegeld oder Zahnersatz betreffen und muss sich ggf. zwischen diversen „Selbstbehalten“ entscheiden. Per Tarifrechner erfolgt schnell ein (anonymes) Vertragsangebot, ein Vertragsabschluss kann allerdings online nicht erfolgen. Eventuelle Beitragszuschläge, Leistungseinschränkungen oder Leistungsausschlüsse erfährt der Neukunde erst nach schriftlichem Auftragseingang. Es ist auch nicht zu erkennen, wann und in welchem Umfang z.B. Naturheilverfahren in Anspruch genommen werden können oder eben nicht erstattet werden, unter welchen Voraussetzungen in eine andere PKV gewechselt werden kann, wann die Rückkehr in die GKV möglich ist oder in welcher Höhe der Versicherte mit Beitragserhöhungen zu rechnen hat.

Der Ratgeber (u.a. mit Ärzte-, Notfallapotheken- und Klinik-Suchdienst) funktioniert komfortabel, wobei die Liste der Selbsthilfegruppen vor 1,5 Jahren letztmalig aktualisiert

wurde. Auch das Lexikon ist sehr umfangreich und informativ.

Weniger niveauvoll und eher poppig-feuilletonistisch kommt das Feature daher und präsentiert „Sex & Partnerschaft“ an erster Stelle. Bei den „Nachrichten“ geht es u.a. um Gurken („*Sauer macht lustig und satt*“), Schönheits-OPs, Schizophrenie („*Kranker Geist macht sexy*“) oder um Penisgröße („*Dicke Dinger*“). Informationen zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsan-

geboten erfolgen höchstens im Mitglieder-Bereich, der nicht eingesehen werden konnte. Insgesamt sind zumindest Teile des „Ratgebers“ als sehr brauchbar zu bezeichnen, und auch der schnelle und anonyme Tarifrechner erlaubt einen schnellen Überblick über die (minimal) zu erwartende Höhe der Versicherungsprämie. Als alleinige Information für einen Versicherungswechsel verschafft der Internet-Auftritt der HUK allerdings viel zu wenig Transparenz.

Schwarzer, R. (2005). *Enzyklopädie der Psychologie (Gesundheitspsychologie, Band 1)*. Göttingen: Hogrefe (149 Euro).



In dieser bei Hogrefe erscheinenden renommierten Reihe (Enzyklopädie der Psychologie) hat Prof. Dr. Ralf Schwarzer (Freie Universität Berlin) erstmalig einen Band zur Gesundheitspsychologie herausgegeben. Dieser Band bündelt gesundheitspsychologisches Fachwissen der in Deutschland prominenten Vertreter dieser Teildisziplin der Psychologie.

Der erste Teil fasst Grundlagen und Perspektiven des Fachgebiets zusammen, dann folgen die Themen Stress und Krankheit (Teil 2), der Band endet mit den Inhaltsbereichen Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung (Teil 3). In dreißig Kapiteln wird auf 600 Seiten über die Forschungsfelder informiert. Einleitend erfolgt eine Standortbestimmung der Gesundheitspsychologie in Abgrenzung zu benachbarten Teildisziplinen (Verhaltensmedizin, Public Health), anschließend werden subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit dargestellt, sowie weitere gesundheitsrelevante Themen wie z.B. Emotion, Persönlichkeit, Bewältigung. Die Autorinnen sind ausge-

wiesene Expertinnen der verschiedenen Teilgebiete, die die einzelnen Themen gut komprimiert darstellen.

Enger als die in der Einleitung zitierte Definition der Gesundheitspsychologie von Matarazzo (1980) als wissenschaftlicher Beitrag zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit (1), zur Verhütung und Behandlung von Krankheiten (2), zur Bestimmung von Risikoverhaltensweisen (3), zur Diagnose und Ursachenbestimmung gesundheitlicher Störungen (4), zur Rehabilitation (5) und zur Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung (6), fokussiert die Darstellung im vorliegenden Band auf die Analyse und Beeinflussung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen des Menschen sowie der psychosozialen Grundlagen von Krankheit und Krankheitsbewältigung. Für die Verhaltensprävention liefert der Band wertvolle Informationen, für die Verhältnisprävention hingegen wenig.

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: 10.03.2006

Abonnement

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