

**Themen dieser Ausgabe:**

Wie wirkt sich die Finanzkrise auf das Gesundheitssystem aus?

Seite 1

Staatssanierung auf Kosten der Versicherten-gemeinschaft? – eine etwas andere Sichtweise auf die aktuelle Beitragssatzdiskussion

Seite 3

EHCI: Das europäische Ranking der Gesundheitssysteme (2005-2008)

Seite 4

Kurz vorgestellt – Publikationen, die Sie kennen (-lernen) sollten

Seite 6

Impressum

Seite 8

**Wie wirkt sich die Finanzkrise auf das Gesundheitssystem aus?**

Siegfried Dierke

Was mit Lehmann anfang und über HypoReal-Estate und Commerzbank weiterging, hört bei Opel und BASF noch längst nicht auf. Wird auch das Gesundheitssystem von der Banken- und Wirtschaftskrise ergriffen? Die Bundesregierung wiegelt noch ab, doch die Beteuerungen klingen ähnlich wie noch Ende September, wo ein Überschwappen des Crashes auf Deutschland zumindest in diesen Dimensionen ausgeschlossen wurde.

Die vierte Ausgabe des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit

- » den Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf das Gesundheitssystem
- » einer Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung zur aktuellen Beitragssatzdiskussion
- » dem Ranking europäischer Gesundheitssysteme (EHCI).

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung [↗] wünscht Ihnen erholsame Feiertage, einen guten Rutsch ins neue Jahr und viel Spaß bei der Lektüre dieser Ausgabe.

Sie können den Newsletter **abonnieren**, um in Zukunft keine Ausgabe mehr zu verpassen, online lesen [↗] oder im Archiv als html-Dokument [↗] oder pdf-Datei finden [↗].

**Veranstaltungen/Tagungen**

14.01.2009 [Berlin]

Veranstaltungsreihe des Patientenforums Berlin: „Behandlungsfehler – Welche Möglichkeiten haben Patienten?“. [↗]

22.-23.01.2009 [Mannheim]

3. Tagung des DNBF Forums KMU (Kleine und mittlere Unternehmen): "Klein, gesund und wettbewerbsfähig". [↗]

Fakt 1: Der fünftreichste Mann Deutschlands, Adolf **Merckle**, verzockt einen dreistelligen Millionenbetrag, weil er auf sinkende VW-Aktien spekulierte. Daraufhin prüfte die baden-württembergische Landesregierung die Übernahme einer **Bürgerschaft** für dringlich benötigte Bankenkredite. Doch Merckle wird um einen Verkauf der in Ulm ansässigen Firma Ratiopharm, immerhin viertgrößter Generika-Hersteller der Welt, kaum umhinkommen. Ein deutlicher Stellenabbau droht, die Zukunft des Unternehmens ist ungewiss.

Fakt 2: Mit dem Chemie-Riesen BASF ist die Krise inzwischen in direkter Nachbarschaft zur Pharmaindustrie angelangt. Fast täglich melden sich neue Unternehmen, die viele Milliarden Euro an Geldzufluss benötigen. Ein Ende ist nicht abzusehen. Dass die Gesundheitsbranche bspw. mit der Medizintechnik und den Arzneimittelherstellern nicht in den Sog der Krise gerät, halten Wirtschaftsanalysten für sehr unwahrscheinlich.

Fakt 3: Die gesetzlichen Krankenkassen haben, wie andere Sozialversicherungsträger auch, Vermögensanlagen in Milliardenhöhe. Nach Angaben der Bundesre-

09.02.2009 [Mainz]

2. Gemeinsamer Präventionskongress des BMG und der BVPG zur Umsetzung der Initiative IN FORM. [↗]

04.-05.03.2009 [Berlin]

4. Kongress für Gesundheitsnetzwerker: „Die Praxis neuer Versorgungsformen“. [↗]

05.-07.03.2009 [Mainz]

Das Land Rheinland-Pfalz und die Stiftung Präventive Pädiatrie veranstalten die 1. Nationale Impfkongferenz. [↗]

05.-07.03.2009 [Berlin]

10. Jahrestagung des DNEbM (Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin): "Evidenz und Entscheidung: System unter Druck". [↗]

12.-13.03.2009 [Dresden]

7. IGA (Initiative Gesundheit und Arbeit)-Kolloquium: „Gesund und sicher länger arbeiten: Mein nächster Beruf?“. [↗]

12.-13.03.2009 [Gießen]

46. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Thema: „Ernährung, Umwelt und Gesundheit – lokale und globale Herausforderungen“. [↗]

17.-20.03.2009 [Berlin]

14. Internationales Forum über Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen. [↗]

gierung sei bei den Anlageformen allerdings gesetzlich geregelt, dass Sicherheit und Liquidierbarkeit Vorrang vor der Rendite besitzen müssen. Darum habe das Bundesversicherungsamt keinen Anlass zum Einschreiten gehabt, da alle getätigten Anlagen durch geeignete Sicherungseinrichtungen gedeckt seien. Dennoch wurde bereits Ende Oktober bekannt, dass u.a. die **Barmer** 200 Mio. Euro und die **Knappschaft** 90 Mio. Euro bei Lehmann angelegt hatten. Glück im Unglück: Die Summen bewegten sich angeblich unterhalb des Maximums (von 285 Mio. Euro), für den der **Einlagen-sicherungsfonds** des Bundesverbandes deutscher Banken einspränge. Bleibt für die Versicherten nur die Hoffnung, dass hier in nächster Zeit nicht noch andere Verlustmeldungen auftauchen werden.

Fakt 4: Anders als bei der Gesetzlichen Krankenversicherung, bei der die Finanzierung nach dem Umlageverfahren erfolgt, arbeiten die Privatversicherungsunternehmen nach dem Kapitaldeckungsprinzip. Das bedeutet, dass diese weit höhere Summen für Rückstellungen zur Rendite-Erwirtschaftung in unterschied

lichen Kapitalanlagearten investiert haben und sich die Krise auf dem Kapitalmarkt dementsprechend weit stärker auswirken wird. Doch auch hier **wiegelt die Bundesregierung ab**: Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sowie die Grundsätze der Mischung und Streuung der Anlagen gewährleisten dauerhafte und sichere Erträge. Sicherlich werde es bei einigen Anlagen gegenwärtig zu einem **Rückgang der Erträge** und damit zu vorübergehend niedrigeren Überschüssen führen. Darüber hinaus gehende Auswirkungen auf die Versicherten seien jedoch nicht zu erwarten. Reichlich unkonkret bleibt in der Beantwortung einer schriftlichen Frage des gesundheitspolitischen Sprechers der Linksfraktion Frank Spieth die Spezifizierung des Risikos für privat Krankenversicherte. Bundesregierung und Finanzdienstleistungsaufsicht reagieren mit Naivität, gepaart mit Gutgläubigkeit und tapen hier anscheinend genauso im Dunkeln wie bei der Einschätzung der Kapitalmarktkrise insgesamt. Das System der Finanzaufsicht erscheint auch hier unangemessen dürftig, wie die recht nebulösen Äußerungen der Regierung zeigen.

Fakt 5: Die sich letztendlich erst anbahnende Krise wird zu Lohnneinbrüchen, Nullrunden oder gar Rückgang bei den Gehältern führen; auch die Zahl der Erwerbslosen wird deutlich steigen. Das bedeutet für die Sozialversicherungen niedrigere Einnahmen. Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Versicherten werden die Konsequenzen in voller Höhe zu spüren bekommen, auch wenn aus dem **Regierungslager** und dem **Bundesversicherungsamt** anderes zu hören war. Keineswegs erweist sich der Gesundheitsfonds ab 2009 als Segen für die Krankenkassen. Es stimmt zwar, dass für das kommende Jahr die Kassen – ungeachtet der realen Entwicklung der Beitragssummen – fest mit einer Zuweisung in Höhe von 166,8 Mrd. Euro aus dem Fonds rechnen können. Bleiben die Einnahmen konjunkturell bedingt hinter den Erwartungen zurück, soll eine notwendige Liquiditätsreserve ggf. über Bundesmittel gefüllt werden. Doch ist dies nur die halbe Wahrheit. Denn letztendlich verbleibt

das Einnahmerisiko trotz Gesundheitsfonds doch bei den Kassen und damit bei den Versicherten. Denn der Bund gewährt dem Fonds diese Zuschüsse nur als **Darlehen**, das spätestens bis Ende 2010 in voller Höhe zurückgezahlt werden muss. Und das werden die Kassen nur dadurch können, dass sie bei freiwilligen Leistungen und Service sparen und von den Mitgliedern Zusatzbeiträge verlangen. Die Versicherten und Kranken müssen die Suppe also allein auslöffeln.

Fakt 6: Die Bundesländer kommen seit Jahren ihren Verpflichtungen nicht nach, den Krankenhäusern ausreichende Mittel für Neu- und Umbauten sowie technische Anschaffungen zur Verfügung zu stellen. **Der Investitionsstau wird mittlerweile auf 50 Mrd. Euro beziffert**. Auch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), das voraussichtlich in der Woche vor Weihnachten vom Bundestag verabschiedet wird, versäumt es, diesen Bereich zu regeln. Angesichts der immensen Summen, die einige Länder zur Stützung ihrer Landesbanken derzeit aufbringen müssen, brauchen sich die Krankenhäuser keine Illusionen machen. Für sie wird hier auch künftig der Geldhahn nicht aufgedreht werden. Bundes- und Landesregierungen spannen zwar einen „Schutzschirm“ über die Banken und Immobilienfonds auf, doch die Kliniken und die Kranken bleiben im Regen stehen. Ein Drittel der Krankenhäuser schreibt rote Zahlen. Wo es den Banken derzeit selber nicht gut geht, werden solch von der Insolvenz bedrohte Unternehmen auch kaum mehr Kredite eingeräumt bekommen, zum Leidwesen der Beschäftigten und der Patienten.

Fazit: Trotz aller geschilderten Risiken erweist sich das System der Gesetzlichen Krankenversicherung als eher stabil. Ein System, das auf dem Umlageprinzip beruht, erweist sich erst recht in Zeiten einer Finanzmarktkrise gegenüber einem kapitalgedeckten System der Privatversicherungswirtschaft als überlegen. Umso dreister, dass der so genannte Wirtschaftsweisen **Bert Rürup** im aktuellen Sachverständigenratgutachten das hohe Lied der Privatversicherung singt und gleich darauf den beruflichen Wechsel in die Versicherungswirtschaft vollzieht. Bleibt zu hoffen, dass solche Parolen demnächst eher ungehört verhallen werden.

## **Staatsanierung auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft? – eine etwas andere Sichtweise auf die aktuelle Beitragssatzdiskussion**

Guido Grunenberg

Während die Diskussion um den einheitlichen Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch nach der Festlegung durch die Bundesregierung auf 15,5% unvermindert anhält, sorgte im Oktober 2008 eine Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) für Aufsehen. Die Autoren der Studie rechnen vor, dass der Beitragssatz drastisch auf 10,35% gesenkt werden könnte, wenn die Politik ihrer Verantwortung gerecht und Entscheidungen zur Entlastung anderer Sozialsysteme und des Staates auf Kosten der GKV zurücknehmen würde.

Der Kieler Gesundheitsökonom und Leiter des IGSF, Fritz Beske, beschäftigt sich im aktuellen Band der IGSF-Schriftenreihe "Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung" mit den Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Finanzsituation der GKV.

Die Verantwortung für die desolante Finanzsituation der GKV wird unverblümt der Politik und nicht – wie so häufig – Ärzten, Krankenkassen oder der Pharmaindustrie zugeschrieben. Ohne die kontinuierliche, jahrzehntelange Quersubventionierung anderer Sozialversicherungssysteme und staatlicher Aufgabenbereiche zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft, wären die Krankenkassenbeiträge heute deutlich niedriger, so der Tenor der Studie.

Insbesondere Leistungen, die nicht zum originären Aufgabenspektrum der GKV gehören, aber infolge politischer Entscheidungen unter ihrem Dach angesiedelt sind, werden von den Kieler Gesundheitsforschern moniert. Für das Jahr 2008 werden Belastungen von ca. 45,5 Mrd. Euro (knapp 1/3 der jährlichen Ausgaben) konstatiert, bereits unter Berücksichtigung des Steuerzuschusses in Höhe von 2,5 Mrd. Euro. Hauptverantwortlich hierfür seien Beitragsreduzierungen oder -befreiungen, versicherungsfremde Leistungen oder fragwürdige Leistungserweiterungen, die in der Studie differenziert herausgearbeitet werden. So belaufen sich die detailliert aufgeführten Belastungen durch Arbeitsmarkt-, Renten- und Pflegereformen seit 1989 in diesem Jahr nach Beskes Berechnung auf rund 11 Mrd. Euro.

Durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern sowie reduzierte Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II (ALG-II), verzeichnen die Kassen ein jährliches Minus in Höhe von 29 Mrd. Euro. Der GKV-Beitrag der Bundesagentur für ALG-II-Empfänger, eine monatliche Pauschale in Höhe von 118 Euro (kostendeckend wären ca. 250 Euro), reißt dabei eine Lücke von 4,7 Mrd. Euro. Beske spricht in diesem Zusammenhang offen von Missbrauch der GKV durch den Staat zur Entlastung der Budgets anderer Sozialversicherungsträger wie Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Die vorgesehene Senkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung wird als weiterer Beleg für die Fortsetzung der Subventionierung anderer Sozialsysteme aus den Beiträgen der Krankenversicherung gesehen, die insbesondere die Grup-

pe der Rentner, die nicht von der Absenkung profitieren, belastet.

Zu den versicherungsfremden Leistungen, die in den Berechnungen mit 4 Mrd. Euro zu Buche schlagen, werden bestimmte Vorsorgeleistungen wie Kuren, Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft sowie das Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes gezählt.

Als letzter großer Posten wird die erhöhte Mehrwertsteuer für Arznei- und Hilfsmittel angeführt, eine Gesamtlast von rund 4 Mrd. Euro, perfiderweise exakt der Betrag, der 2009 als Steuerzuschuss an die Krankenkassen zurückfließen soll. Ähnlich wie in den meisten anderen europäischen Ländern, wird hier eine Senkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19% auf den reduzierten Satz von 7% empfohlen (Entlastung: 4 Mrd. Euro).

In den nächsten Jahren ist zwar eine stufenweise Erhöhung der Steuerzuschüsse (bis auf 14 Mrd. Euro in 2016) zum Gesundheitsfonds vorgesehen. Eine verlässliche Garantie ist das jedoch nicht, rein haushaltsrechtlich ist die Zusage nicht bindend und wird jedes Jahr vom Bundestag neu entschieden. Und selbst wenn, blieben nach heutigem Stand immer noch versicherungsfremde Leistungen in Höhe von rund 34 Mrd. Euro.

Für 2009 erwartet Beske im Zuge der Finanzkrise und des abschwächenden Wirtschaftswachstums für die GKV Mindereinnahmen von 1,5 Mrd. Euro, die dann von der Versicherungsgemeinschaft in Form von Zusatzbeiträgen getragen werden müssten. Es verwundert nicht, dass Beske zahlreiche und prominente Mitstreiter findet. Ein „Bündnis für finanzielle Stabilität im Gesundheitswesen“ aus Gewerkschaften, Krankenkassen, Sozialverbänden und Politikern (u.a. Rita Süßmuth und Norbert Blüm), sehen die Ergebnisse der Studie als weitere Untermauerung Ihrer Forderung auf den Verzicht eines Einheitsbeitragssatzes der GKV für 2009. Ulla Schmidt hat diese Befürchtungen bereits weggewischt und bezichtigt die Kritiker der „Jammerei“ und Verunsicherung der Versicherten.

Beske schlägt sich in seiner Studie eindeutig auf die Seite der Versicherten. Er fordert mehr Ehrlichkeit und Transparenz für die Beitragszahler und schlägt vor, dass der Gesetzgeber jede Subventionierung anderer Sozialsysteme und des Staates durch die GKV aufhebt und Leistungen, die von Dritten in Anspruch genommen werden, kostendeckend zu bezahlen sind. Alternativ könnten diese Kosten per Steuerzuschuss an die GKV

überwiesen werden, so die einfache Rechnung.

Überraschend ist die kompromisslose Art und Weise, in der die politischen Entscheidungsträger im Rahmen der Studie angegangen werden. Beske vermittelt den Eindruck, sie förmlich in die Verantwortung zwingen zu wollen. Während die Studie in den Medien nach Ihrer Veröffentlichung große und durchweg positive Resonanz fand, ist bisher von Seiten der Bundesregierung / des BMG keine offizielle Stellungnahme bekannt. Dabei stellen die Ergebnisse durchaus interessante Aspekte bzw. Denkanstöße im Hinblick auf eine zukünftige Neuausrichtung der GKV-Finanzstruktur dar.

Auch für scheinbar fest in der GKV verankerte Leistungsbereiche wie die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern, muss - ohne das Solidaritätsprinzip der GKV zu untergraben - die Frage erlaubt sein, was die originären Aufgaben der GKV sind und somit der Versichertengemeinschaft zugemutet werden kann und welche Bereiche in die Verantwortung der gesamten Gesellschaft fallen (und somit entsprechend aus Steuermitteln beglichen werden sollten).

Fest steht, dass die GKV durch politische Entscheidungen, Reformen und Gesetze in den letzten 20 Jahren überproportional belastet wurde und eine Verschiebung von neuen (versicherungsfremden) Aufgabenbereichen hin zur GKV stattgefunden hat.

Die Absicht des Consumer Health Report ist es, in einem zusammen wachsenden Europa mit grenzüberschreitender Mobilität eine Orientierung in den Gesundheitssystemen zu erleichtern. Wie leicht ist es, in einem Land Zugang zu Gesundheitsdiensten zu bekommen, ist z.B. eine der interessierenden Fragestellungen. Analysiert werden die jeweiligen Wartezeiten auf eine bestimmte Behandlung. Wie ist die Qualität der gesundheitsbezogenen Angebote (Versorgungsqualität, -ergebnis und -zufriedenheit) ist eine weitere Frage, zu denen die periodischen Berichte Auskunft geben sollen. In 2005 wurden Daten aus zwölf europäischen Ländern berücksichtigt. Bestnoten erhielten die Niederlande, Schweiz und Deutschland mit 46 bis 48 von 60 möglichen Punkten.

Die Punktwertung basiert auf einem Kriterienraster in fünf Bereichen mit zwanzig Indikatoren, für die jeweils das Urteil gut, mittel oder schlecht abgegeben wird. Die Bereiche und Indikatoren sind:

» *Patienteninformation / Patientenrechte:* juristische Regelungen zu Patientenrechten, Anbieterkataloge mit

Vor dem Hintergrund der neuen politischen Rahmenbedingungen durch die Einführung des Gesundheitsfonds erscheint eine (weitere) Subventionierung des Bundeshaushaltes auf Kosten der gesetzlich Versicherten kaum gerechtfertigt zu sein.

Die Bundesregierung, die jetzt die Verantwortung für die Höhe der Beitragsätze trägt, wird sich einer Diskussion über originäre Aufgaben der GKV und gesamtgesellschaftliche Verantwortungsbereiche nicht dauerhaft entziehen können. Bundeswirtschaftsminister Michael Glos schlug Anfang Dezember bereits vor, die staatlichen Zuschüsse für den Gesundheitsfonds für 2009 um 10 Mrd. auf 14 Mrd. Euro zu erhöhen, um Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Rentner schnell und spürbar zu entlasten. Das politische Echo ließ nicht lange auf sich warten und war – wie nicht anders zu erwarten – geteilt. Während Ulla Schmidt sich grundsätzlich positiv äußerte, wies Finanzminister Peer Steinbrück die Forderung bereits zurück, so dass man davon ausgehen kann, dass auch dieser Vorschlag im Sande verlaufen wird.

Doch spätestens wenn die nächste saftige Beitragssatzerhöhung vor der Tür steht, wird das Thema wieder auf der Tagesordnung stehen.

Qualitätsbeurteilungen, direkter Zugang zu Fachärzten, Entschädigungsregelungen bei Kunstfehlern, das Recht zur medizinischen Zweitmeinung, Zugang zu den eigenen Behandlungsdaten, Umsetzung der EU-Dienstleistungsrichtlinie.

» *Wartezeiten auf notwendige Behandlungen:* Karenzen bei Akutbehandlungen, Knieoperationen, Krebstherapien oder Herzoperationen.

» *Effizienz des Gesundheitssystems:* Mortalitätsrisiko nach einem Herzinfarkt (nach 28-tägigem stationären Aufenthalt), Müttersterblichkeit, Mortalitätsrate bei Brust- oder Darmkrebs sowie das Risiko einer MSRA-Infektion (Staphylokokken-Infektion).

» *Patientenfreundlichkeit:* Zahlungsmodalitäten / Zahlungsaufschub bei freiwilligen Leistungen, die fortgesetzte Verschreibung von Leistungen ohne erneute Vorstellung beim Arzt sowie einen 24-Stunden erreichbaren Gesundheitsinformationsdienst.

### **EHCI: Das europäische Ranking der Gesundheitssysteme (2005-2008)**

Burkhard Gusy

Seit 2005 gibt es jährlich ein Ranking der europäischen Gesundheitssysteme. In diesem Jahr belegt die Niederlande den ersten Platz (839 Punkte) und wird als „model of good practice“ empfohlen. „Obama – take a look at the Netherlands if you want to reform the US health-care system in a good way!“ lautet die begleitende Webseite. Deutschland belegt in diesem Ranking mit 740 Punkten einen beachtlichen sechsten Rang.



» *Arzneimittelversorgung*: subventionierte Medikamente und Zugang zu Arzneimitteln.

Die Datenbasis für die einzelnen Bewertungen ist heterogen. So teilen die Autoren des EHCI 2005 mit, dass z.B. die Einstufung eines Landes bzgl. der Umsetzung der EU-Dienstleistungsrichtlinie global auf der Grundlage offizieller Verlautbarungen, Presseberichten sowie Interviews vorgenommen wird. Die jeweiligen Schwellenwerte für die Zuordnung von Antworten zu den einzelnen Abstufungen (gut, mittel, schlecht) wurden erst retrospektiv vorgenommen, mit der Zielstellung zwischen Ländern differenzieren zu können, teilen die Autoren mit.

Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen sollen, so die Autoren des EHCI 2005, „mit größter Vorsicht“ gezogen werden, da die Datenlage fehlerbehaftet sei. Trotz dieser Mängel sei eine Diskussion auf dieser Grundlage besser als gar keine diesbezügliche Auseinandersetzung, argumentierten die Autoren provozierend.

Die Diskussion ließ nicht lange auf sich warten und führte auch zu Änderungen des bewertenden Instrumentariums. Im EHCI 2006 sind nur vier der ursprünglich fünf Bereiche aus dem Jahr 2005 enthalten, Patientenfreundlichkeit wurde durch den Bereich Versorgungsniveau ersetzt, letztgenannter korreliert stark mit dem nationalen Wohlstand. Auch die Indexbildung wurde verändert. Statt einer Punktesumme werden nun zukünftig Prozentwerte bestimmt, die Bereiche werden bei der Indexbildung unterschiedlich gewichtet.

Frankreich belegte im EHCI 2006 knapp den ersten Platz (576 von 750 Punkten), dicht gefolgt von den Niederlanden, Schweden, Schweiz, Deutschland und Luxemburg. Der zusammenfassende Kommentar zum deutschen Gesundheitssystem lautete „The customer rules! Would be really great, but lacks of cutting edge for quality. You want healthcare information – ask your doctor“. Der Unterschied zum französischen Gesundheitssystem in den Wertungen der einzelnen Bereiche ist in 2006 ausschließlich auf bessere Patientenrechte und –information und ein etwas besseres Versorgungsniveau zurückzuführen. Im Ausblick raten die Autoren des EHCI 2006 wiederum zu großer Vorsicht bei Schlussfolgerungen.

21 der 27 Indikatoren aus den fünf Bereichen blieben im EHCI 2007 unverändert, zwei wurden verändert und vier neue Indikatoren aufgenommen. Die Erweiterung betraf die Einführung der elektronischen Patientenakte in der

Primärversorgung, eine der Öffentlichkeit zugängliche Registrierungsverpflichtung für Ärzte, die Wartezeit auf eine Magnetresonanztomografie sowie die Bereitschaft in der Bevölkerung zur Nierenspende. In diesem Bericht sind Gewichtungsfaktoren genannt, die Wartezeit auf eine erforderliche Behandlung und die Effizienz im Gesundheitssystem gehen mit einem doppelten, die Patientenrechte und –information mit einem eineinhalbfachen und die Arzneimittelversorgung und das Versorgungsniveau mit ein-fachem Gewicht in die Gesamtsumme ein. 29 Länder wurden 2007 verglichen, Österreich ist bestplatziert mit 806 von 1000 möglichen Punkten. In der verbalen Zusammenfassung des Urteils erhält Deutschland die gleiche Bewertung wie bereits 2006, die Wertungen in den einzelnen Bereichen sind vergleichbar zu denen in 2006; Deutschland liegt in der Kategorie Patientenrechte und –information sowie bei der Effizienz zwei Punkte (ungewichtet) hinter Österreich bei ansonsten gleichen Wertungen.

Im EHCI 2008 wurden 31 Länder auf der Basis von nunmehr 34 Indikatoren bewertet, eHealth wurde als neues Kriterium mit vier Indikatoren aufgenommen. Wie eingangs erwähnt, belegt die Niederlande mit 839 von 1.000 möglichen Punkten den ersten Platz, Deutschland rangiert hier mit 740 Punkten auf Rang 6. In den Einzelwertungen der verschiedenen Bereiche ist Deutschland beim Zugang zum Versorgungssystem Spitzenreiter. Kritisch angemerkt wird, dass in Deutschland Frauen nicht aktiv zur Mammographie eingeladen werden und dass die Flächendeckung des Angebots eingeschränkt ist. Der Arzt ist hier nach wie vor medizinischer Ratgeber Nummer eins.

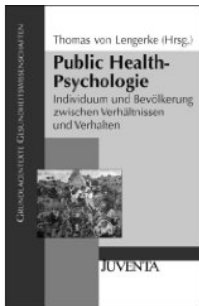
War in den vorhergehenden Berichten Deutschland nur in zwei von fünf Bereichen im Rückstand, hat sich der Abstand zu den Erstplatzierten in den Bereichen Patientenrechte und –information sowie der Effizienz des Versorgungssystems vergrößert aber auch das Versorgungsniveau, eHealth, der Umfang und die Erreichbarkeit des Versorgungsangebots sowie die Arzneimittelversorgung, die ansonsten gleichauf lagen, fallen zurück.

Aus den Ergebnissen dieser periodischen Berichte lässt sich folgern, dass in den letzten Jahren in vielen EU-Mitgliedstaaten das Gesundheitssystem stärker ausgebaut wurde als hierzulande. Will Deutschland eine Spitzenposition behaupten, sind in den nächsten Jahren deutliche Anstrengungen erforderlich.

Die Qualität des EHCI ist ein strittiger Punkt. Nigel Edwards, der Chef des britischen Gesundheitssystems karikiert den EHCI mit den Worten. Dieser Index sollte eine Gesundheitswarnung tragen, da Vergleiche und Grafiken unsinnig sind. Die willkürliche Wahl an Indikatoren und zu evaluierenden Bereichen sowie die geringe Datenqualität sind Hauptkritikpunkte. Wenig diskutiert wird, inwiefern die hier

### Kurz vorgestellt

Lengerke, T. (Hrsg.). (2007). *Public Health Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten*. Juventa: Weinheim. 260 Seiten (19,50 €)



Gesundheitspsychologie wird in Anlehnung an Matarazzo (1982) als ein wissenschaftlicher Beitrag der Psychologie zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit (1), Verhütung und Behandlung von Krankheiten (2), Bestimmung von Risikoverhaltensweisen (3), Diagnose- und Ursachenbestimmung von gesundheitlichen Störungen (4), Rehabilitation (5) und Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung (6) verstanden. In der Praxis fokussiert sich diese Teildisziplin auf das menschliche Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen sowie der Optimierung von Gesundheit (im Sinne von Fitness und Wellness). Im Vordergrund steht die Verhaltensmodifikation, auf diesem Gebiet wurden unbestreitbar deutliche Fortschritte erzielt. Dem Herausgeber dieses Bandes geht es darum, diese verhaltenszentrierte um eine bevölkerungsbezogene sowie eine institutionelle Perspektiven zu erweitern und zu einem „public health psychology program“ zusammenzufassen.

In den Grundlagen (Teil 1 dieses Bandes) beschäftigen sich verschiedene Autoren mit Klassifikationen und einer dimensional Systematik von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Diese beinhaltet drei Dimensionen (gesund-krank; Population-Individuum und Verhältnisse und Verhalten) und erlaubt verschiedene Kombinationen zur Kennzeichnung von Aktivitäten. Diese können entweder populations- oder individuumszentriert sein, sich an gesunde oder kranke Personen richten und auf deren Verhalten oder ihre Umgebung (Verhältnisse) bezogen sein. Diese Klassifikation trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Umgebungsvariablen das Verhalten beeinflussen. Beiträge zur Verhaltensepidemiologie, zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit sowie zu Gesundheitsverhaltensweisen im Kontext von Public Health werden damit zu wichtigen Themen, die ebenso in den Grundlagen behandelt werden.

In Teil 2 geht es um die zwei behavioral (mit-)bedingten Gesundheitsverhaltensbereiche Ernährung und Bewegung sowie um die von diesen Faktoren mit bedingte Adipositas, die gesondert für Kinder und

betrachteten Kriterien und Indikatoren tatsächlich einer Nutzer-/Konsumentenperspektive entsprechen. Hinzu kommt, dass die Rezeption des EHCI in der deutschen (Fach-) Öffentlichkeit nicht besonders groß ist. Eine Internetrecherche deutschsprachiger Seiten ergab hier kaum einschlägige Treffer.

Jugendliche sowie Erwachsene dargestellt wird. Die Auswahl ebendieser Verhaltensbereiche erscheint künstlich, da Rauchen, Alkohol- und illegaler Substanzkonsum, sexuelles Risikoverhalten, riskantes Verhalten im Straßenverkehr ebenso wichtige Themen sind. Begründet wird diese Auswahl durch den Herausgeber mit persönlichen Präferenzen.

In Teil 3 geht es um den Einfluss und die Beeinflussung von Umgebungsbedingungen. Hierzu zählen in der Arbeitswelt beispielsweise der Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung sowie als Gegenstück die Erwerbslosigkeit und damit verbundene gesundheitliche Folgen bzw. deren Vermeidung. Ein weiteres Thema, welches in zwei Beiträgen bearbeitet wird, ist Empowerment, das in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (1986) eine zentrale Stellung einnimmt. Gemeint ist damit die Befähigung von Individuen und Gruppen zum selbstbestimmten Handeln sowie dem Erhalt und Ausbau von Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen, die die eigene Gesundheit betreffen. Wie unterschiedliche sozio-kulturelle Bedingungen Gesundheit beeinflussen, ist Gegenstand der letzten beiden Beiträge dieses Abschnitts, die sich um Gesundheit und Public Health in Ost- und Westdeutschland ranken bzw. die spezifische Situation von Migranten thematisieren.

Im letzten Abschnitt des Buches wird die „Sozialpsychologie der Partizipation und Politik“ beleuchtet. Der Beitrag von Partizipation (sozial und politisch) auf gesunde Lebensstile und im Kontext der AIDS-Hilfe Bewegung wird analysiert. Ferner werden die beiden Aspekte Gerechtigkeit und Gesundheitsverhalten sowie sozialpsychologische Erkenntnisse zur Analyse und Lösung von Problemen im deutschen Gesundheitssystem am Beispiel Leitlinien bearbeitet.

Gemeinsam ist allen Beiträgen, dass Bezüge zwischen individuellen und kollektiven Gegebenheiten skizziert werden, die nicht nur bei der Analyse, sondern auch bei der Bearbeitung gesundheitsbezogener Probleme in Prävention und Ge

sundheitsförderung, von Bedeutung sind. Das Anliegen des Herausgebers, die Fokussierung auf das individuelle Gesundheitsverhalten kritisch zu hinterfragen und für eine Öffnung in Richtung einer Public Health Perspektive zu werben, ist mit den Beiträgen dieses Bandes gelungen. Die Vorteile einer Berücksichtigung überindividueller Lebens- und Verhaltensbedingungen bei der Analyse und Bearbeitung gesundheitsbezogener Themen konnten verdeutlicht werden. Dass die Psychologie auch zu diesen Fragen wichtige Beiträge leisten kann, steht außer Frage. Ob dieser Anteil in dem Begriff „Public Health Psychologie“ Ausdruck finden und eine neue Teildisziplin der Psychologie begründen sollte, ist diskutabel. Es gibt ja bereits viele Psychologen, die in Forschung und Lehre gesundheitswissenschaftlicher Fakultäten und

Richter, P. G., Rau, R. & Mühlpfordt, S. (Hrsg.). (2007). *Arbeit und Gesundheit: Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld*. Lengerich: Pabst Science Publisher. (30 €)



1982 erschien im deutschsprachigen Raum die Übersetzung des Buches „Job demands an worker health“ von Robert Caplan unter dem Titel „Arbeit und Gesundheit“. Der Forschungsstand zu Stressbedingungen in der Arbeit und Gesundheit wurde erarbeitet; die deutschsprachige Ausgabe von I. Udris herausgegeben. Verglichen wurden in diesem Band 23 unterschiedliche Berufe hinsichtlich ihrer heterogenen Belastungsprofile. Es hat bis 2007 gedauert, dass erneut ein Sammelwerk dieses Titels erschien, dieses Mal von den Autoren P. Richter, R. Rau und S. Mühlpfordt herausgegeben, eine Festschrift zur Emeritierung von P. Richter aus Dresden. Gegeben werden soll – so die Autoren – ein kompakter und aktueller Einblick in das zukunftssträchtige Forschungs- und Praxisfeld „Arbeit und Gesundheit“. In fünf Themenblöcken werden grundsätzliche Fragen (1), Methoden (2), organisationale Bedingungen (3), soziale und personale Bedingungen (4) sowie ökonomische Folgen (5) behandelt.

Eingangs wird der Forschungsstand zu Stress in der Arbeit und Gesundheit von U. Lundberg dargestellt. Deutlich wird, dass sich die Arbeitswelt verändert hat. Schwere körperliche Arbeit ist in Folge verstärkten Technikeinsatzes zurückgegangen, gleichzeitig wurden in Folge zunehmender technischer Unterstützung Möglichkeiten ortsunabhängigen Arbeitens geschaffen bzw. ausgebaut. Dies hat auch zu einer Veränderung des Beanspruchungs panoramas beigetragen, muskuloskeletale Erkrankungen, die jahrelang den größten Anteil des Krankheitsgesche-

Studiengänge mitarbeiten. Deren Beitrag würde an Wert gewinnen, wenn die Schnittstellen der Psychologie zu Public Health breiter gefasst würden, wie es auch das Anliegen des Herausgebers dieses Bandes ist.

Dieser Band bietet insofern eine Orientierung, welche Beiträge die Psychologie neben der Gesundheitsverhaltensforschung zu Public Health leisten könnte. Das Potenzial ist vorhanden, könnte durch weitere Forschungsbemühungen aber noch optimiert werden. Diejenigen, die ein Lehrbuch zu Public Health Psychologie erwarten, werden eher enttäuscht, da die Beiträge zur Systematisierung einer neuen Teildisziplin nicht ausreichen. Gesundheitswissenschaftlich Interessierten hingegen, die Programme konzipieren, die sowohl auf Änderungen des Verhaltens als auch der Verhältnisse gerichtet sind, sei dieses Buch trotz seiner Mängel empfohlen.

hens ausmachten, wurden von psychischen Erkrankungen verdrängt. Gleichwohl hat sich der Blick der Forschung auf Gesundheit verändert; „salutogene“ Facetten von Gesundheit wurden ergänzt, Optimismus und Wohlbefinden haben Eingang in die arbeitsweltbezogene Gesundheitsforschung gefunden. Auch Burnout ist als „neues“ Themengebiet hinzugekommen – ein Beitrag dieses Bandes fokussiert diesen Gegenstand.

Im Themenblock zu Methoden werden überwiegend Instrumente vorgestellt, die diesen Perspektivwechsel zum Ausdruck bringen: Das Screening gesundes Arbeiten (SGA), Formen der Arbeitszufriedenheit (FAZ) sowie des Optimismus und seines Vorhersagewerts für die Gesundheit werden behandelt.

Möglichkeiten zur psychologischen Analyse und Bewertung von Tätigkeiten in neuen Arbeits- und Organisationsformen bündelt Kapitel 3 am Beispiel des Lehrerberufs, der stationären Krankenpflege sowie der Papierindustrie.

Die Wirkung von Interventionen wie des Einsatzes „psychologischer Verträge“, von Trainings zur Stressreduktion, zur Sekundärprävention alkoholbedingter Störungen, von Maßnahmen zur Fehlzeitenreduktion zur Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz werden erörtert. Das Buch schließt mit dem Themenblock „Jenseits der Erwerbsarbeit: Gemeinnützige Arbeit und Erwerbstätigkeit ab“.

In den letzten fünfundzwanzig Jahren hat sich das Forschungs- und Praxisfeld „Arbeit und Gesundheit“ stark gewandelt.

Der Anspruch, diese Entwicklungen zusammenfassend darzustellen, ist ambitioniert. So ist ein deutlicher Vorzug dieses Sammelbandes, dass aktuelle Erkenntnisse aus relevanten Forschungs- und Praxisgebieten dargestellt werden. In der Systematik wäre eine Anlehnung an Strukturierungen einschlägiger Lehrbücher weiterführender gewesen, die es dem Leser ermöglicht hätte, die Auswahl an Themen zu beurteilen um auch blinde Flecken finden zu können. So sind z.B.

die Arbeitsfelder, aus denen berichtet wird (Schule, stationäre Krankenpflege, Papierindustrie), bedeutsam wenngleich kaum erschöpfend für die Wirtschaft. Dieser Band bietet keinen erschöpfenden Überblick über die Breite des Themas „Arbeit und Gesundheit“, aber dennoch leistungswerte Beiträge zu einem Themenfeld, welches auch zukünftig bedeutsam bleiben wird.

## Impressum

### **Herausgeber:**

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung  
Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

e-Mail: [ipg-newsletter@fu-berlin.de](mailto:ipg-newsletter@fu-berlin.de)

### **Redaktion:**

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

### **Redaktionsschluss**

für die nächste Ausgabe: 15. März 2009

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