



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 54

Gerd Glaeske
Cornelia Trittin
(Hrsg.)

**Weichenstellung:
Die GKV der Zukunft.
Bessere Koordination, mehr
Qualität, stabile Finanzierung**

Bremen, Schwäbisch Gmünd



Edition

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 54

Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung

Reihen-Herausgeber:	GEK - Gmünder ErsatzKasse Bereich Gesundheitsanalyse Gottlieb-Daimler-Straße 19 73529 Schwäbisch Gmünd Telefon (07171) 801-0 http://www.gek.de
Herausgeber:	Prof. Dr. Gerd Glaeske Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Forschungsschwerpunkt „Arzneimittelversorgungsforschung“, Forschungseinheit Gesundheitspolitik und Evaluation medizinischer Versorgung Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen Cornelia Trittin GEK - Gmünder ErsatzKasse c/o Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen
Verlag	Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin
ISBN	978-3-537-44054-9

Veranstalter: Kooperationsveranstaltung der
GEK - Gmünder ErsatzKasse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
<http://www.gek.de>
und des
Zentrums für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen
<http://www.zes.uni-bremen.de>

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Gerd Glaeske

Organisation: Cornelia Trittin

Inhaltsverzeichnis

Einführung <i>Gerd Glaeske, Cornelia Trittin</i>	7
Die GEK auf dem Weg in die Zukunft <i>Dieter Hebel</i>	11
Neue Koordination und Organisation in der Medizin - Die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist chronisch...- <i>Gerd Glaeske</i>	15
Integrierte Versorgung chronisch Kranker am Beispiel Diabetes mellitus <i>Werner Scherbaum</i>	35
Beratung und Begleitung chronisch Kranker am Beispiel Diabetes <i>Evelyn Drobinski</i>	47
Daten für Taten – was kann die GEK zur Entwicklung von neuen Versorgungsstrukturen beitragen? <i>Thomas Schürholz</i>	67
Nutzerorientierung im deutschen Gesundheitswesen <i>Stefan Etgeton</i>	95
Primärprävention – was ist das und was soll das? <i>Rolf Rosenbrock</i>	101
Nachhaltige Finanzierungskonzepte für die GKV <i>Eberhard Wille, Christian Igel</i>	143
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	179

Einführung

Gerd Glaeske, Cornelia Trittin

Als Kooperationsveranstaltung der Gmünder ErsatzKasse GEK und des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen fand am 26. September 2006 in Berlin der 1. GEK-Medizinkongress unter dem Titel „Die GKV der Zukunft – Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung“ statt. Dabei standen folgende Themenschwerpunkte im Mittelpunkt des Kongresses:

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht in den kommenden Jahren vor bekannten und neuen Herausforderungen. Es gilt Unter-, Über- und Fehlversorgung zugunsten einer Verbesserung von Qualität und Effizienz abzubauen, zumindest aber zu verringern. Der demographisch bedingte ansteigende Versorgungsbedarf im Bereich bestimmter chronischer Erkrankungen oder akuter Ereignisse muss innovativ organisiert werden (Krebserkrankungen, Demenz, Osteoporose, Schlaganfall oder Stoffwechselerkrankungen). Weitere Ziele sind die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention und eine sich den veränderten Gegebenheiten angepasste und nachhaltig geregelte Finanzierungsgrundlage. Bei allem muss die Zuverlässigkeit der GKV für die Versicherten weiterhin garantiert sein.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen neue Wege gesucht und beschritten werden – eine Weichenstellung ist schon heute notwendig. Es bedarf innovativer Konzepte und Anreize in unserem Gesundheitswesen - für mehr Qualität, Effizienz und Zufriedenheit sowohl bei Angehörigen ärztlicher und nicht ärztlicher Berufe als auch bei Patientinnen und Pati-

enten. Die derzeitige arbeitsteilige Medizin benötigt eine bessere Koordination und Kooperation auf Seiten der Handelnden, die Organisation einer vertraglich geregelten Gesamtversorgung sowie eine stärkere Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung, getragen von zukunftsfähigen Finanzierungsmodellen.

Aus Sicht der GEK referierten der Vorstandsvorsitzende Dieter Hebel über zukünftige Wege und Konzepte der GEK und der Leiter des medizinischen Versorgungsmanagements, Dr. Thomas Schürholz, zum Thema der Nutzung von Routinedaten („Daten für Taten“) bei der Gestaltung neuer Versorgungsstrukturen.

Die parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merck, thematisierte Strategien und Ziele im Rahmen der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems mit Blick auf die Gesundheitsreform 2007. Mit Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock und Prof. Dr. Eberhard Wille waren drei Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen als Referenten anwesend. Der Vortrag von Prof. Glaeske widmete sich neuen Koordinations- und Organisationsformen in der Medizin. Prof. Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin diskutierte das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung bei chronischen Erkrankungen und Prof. Wille, Universität Mannheim, gab Einblicke in nachhaltige Finanzierungskonzepte der GKV. Aspekte der Qualitäts- und Effizienzoptimierung in der Behandlung chronischer Erkrankungen stellte Prof. Dr. Werner Scherbaum, Universitätsklinikum Düsseldorf, am Beispiel Diabetes vor und Evelyn Drobinski, Vorsitzende des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland, griff das Thema Beratung und Begleitung chronisch Kranker durch nicht-ärztliche Berufsangehörige bei der gleichen Erkrankung auf: Dr. Stefan Etgeton, Verbraucherzentrale Bundesverband, stellte den Ausbau der NutzerInnenorientierung unseres Gesundheitssystems in den Mittelpunkt seines

Referates.

Es gab unter den 180 Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Kongresses aus den Bereichen Medizin und Gesundheitswesen eine angeregte Diskussion. Einigkeit bestand über die Dringlichkeit der Implementierung innovativer Konzepte in unserem Gesundheitswesen, mit notwendigen Anreizen für mehr Qualität und Effizienz. Als „vierte Säule“ neben Kuration, Pflege und Rehabilitation muss aber gerade zur Vermeidung oder zumindest zur Verringerung bestimmter chronischer Erkrankungen der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden. Insgesamt sind neue Finanzierungsmodelle notwendig, um die GKV mit ihren Aufgaben auf Dauer zu stabilisieren. Die GKV der Zukunft ist nur realisierbar, wenn sich die Rollen aller im System Beteiligten verändern – hin zu mehr Kooperation und Koordination in einem patientenorientierten Gesundheitssystem.

Der vorliegende Kongressbericht dokumentiert die vorgetragenen Beiträge und Ergebnisse des Kongresses. Der Aufbau der Dokumentation orientiert sich dabei eng am Ablauf der Veranstaltung. Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen Referentinnen und Referenten, die uns ihre schriftlichen Manuskripte für eine Veröffentlichung zur Verfügung gestellt haben. Der Erfolg des Kongresses ist nicht zuletzt auch ihr Verdienst.

Ein weiterer Dank geht an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kongresses für ihre aktive Beteiligung sowie an die vielen „helfenden Hände“, ohne die weder die Veranstaltung noch diese Dokumentation realisierbar gewesen wären. Stellvertretend für alle seien an dieser Stelle die beiden studentischen Mitarbeiterinnen Ulrike Pernack und Daniela Lange sowie Claudia Linkohr, Mitarbeiterin im Berliner Büro der GEK, genannt.

Die GEK auf dem Weg in die Zukunft

Dieter Hebel

Zur heutigen Veranstaltung möchte ich Sie alle herzlich begrüßen. Insbesondere möchte ich die Ehrengäste und die Referenten willkommen heißen.

Wir veranstalten diesen Kongress, um über Herausforderungen für die Zukunft der GKV zu diskutieren. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, stehen verschiedene Ziele im Vordergrund: Wir müssen eine Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung ebenso anstreben wie eine gute Organisation des demografisch bedingten zunehmenden Versorgungsbedarfs bei chronischen Erkrankungen. Außerdem müssen die Potenziale der Prävention genutzt und die Finanzierung der GKV nachhaltig gesichert werden.

Der GEK liegt es am Herzen, dass ihren Versicherten auch in Zukunft das Höchstmaß an notwendigen Leistungen gewährt werden kann und dass alle Versicherten am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Dazu ist es auch erforderlich, Über-, Unter- und Fehlversorgung im medizinischen System zu identifizieren und Maßnahmen zur Veränderung zu formulieren und umzusetzen. Die Versicherten setzen diesbezüglich hohe Erwartungen an ihre Krankenkasse. Die GEK beweist jedes Jahr aufs Neue, dass sie diesen Anforderungen gerecht wird. Daher haben unsere Versicherten im Jahr 2006 die GEK zum zehnten Mal in Folge zur kundenfreundlichsten Krankenkasse in Deutschland gewählt.

Die GEK hat frühzeitig mit der Datenaufbereitung für die Versorgungsforschung begonnen und verfügt daher über einen Schatz wertvoller

Daten. So haben wir die Möglichkeit, die verschiedenen Leistungsbereiche umfassend zu analysieren. Herr Dr. Schürholz vom Medizinischen Versorgungsmanagement der GEK wird Ihnen in seinem Vortrag näher erläutern, wie die GEK mit Hilfe intelligenter Verknüpfung der Routinedaten die Voraussetzung zur Mitgestaltung von neuen Versorgungsstrukturen schafft. Die GEK hat frühzeitig mit dem Aufbau von Datenbanken zu Arzneimitteln, Krankenhaus-, Arbeitsunfähigkeits- und Krankengelddaten begonnen. Daraus resultieren unter anderem jährlich erscheinende Reports wie der Arzneimittelreport, der Heil- und Hilfsmittelreport und der Report zur akut-stationären Versorgung, die wir in Zusammenarbeit mit den Professoren Glaeske und Schwartz publizieren. Somit verfügen wir über umfangreiche Auswertungen in fast allen Leistungsbereichen. Ein neues Feld der Analyse haben wir jetzt mit den Daten zur ambulanten ärztlichen Behandlung betreten. Hierzu werden wir noch dieses Jahr einen Bericht veröffentlichen. Gerne würden wir auch die Versorgungsqualität im zahnärztlichen Bereich weitergehend untersuchen. Dies scheitert jedoch im Moment daran, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bisher ihrer Verpflichtung zur Datenlieferung nicht nachgekommen sind. Wollen die Zahnärzte möglicherweise die Information verhindern, dass ein gezogener Zahn zunächst auch mit einer Füllung hätte versorgt werden können? Daher fordere ich die Politik auf, Einfluss auf die Zahnärzte zu nehmen, damit diese ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen.

Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten bei den Versicherten und Anreize zu kostenbewusstem Verhalten bei den Krankenkassen hängen aus meiner Sicht eng zusammen. Wir sehen *einerseits* eine wachsende Bedeutung der Prävention, und die GEK unternimmt erhebliche Anstrengungen auf diesem Gebiet. Wir schaffen Anreize für die Versicherten, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Das ist gut für die Menschen, die diese Möglichkeiten aufgreifen, und es ist zugleich solidarisch

im Sinne aller Versicherten, weil unnötige Leistungsausgaben vermieden werden können. *Andererseits* muss die Gesundheitspolitik Anreize auf Ebene der Krankenkassen im Blick behalten. Ausgabenausgleiche sind zu abzulehnen. Ein Rückversicherungssystem wie der Risikopool in der GKV enthält aus gutem Grund einen Selbstbehalt von über 40%. Ob ein Risikostrukturausgleich mit einer differenzierten Morbiditätsorientierung mehr Gerechtigkeit in der Ausgabenverteilung der Kassen schafft, muss abgewartet werden - wir sehen dies derzeit noch kritisch.

Die Eigenverantwortung der Kassen muss gestärkt werden. Dazu gehört die Möglichkeit, in einem Wettbewerbsrahmen Leistungen qualitativ hochwertig selbst einkaufen zu können. Bei den Hilfsmitteln haben wir bereits die rechtlichen Möglichkeiten, den Versicherten leistungsstarke und kostengünstige Anbieter zu benennen. Bei den Arzneimitteln benötigen wir als ersten Schritt hin zu einem Einkaufsmodell dringend entsprechende gesetzliche Regelungen.

Abschließend will ich betonen, dass die gestärkte Eigenverantwortung der Kassen in einem wettbewerblichen Umfeld solidarisch einzubetten ist. Wir brauchen ganz konkret mehr und nicht weniger Solidarität in der GKV. Das heißt auch, dass junge Menschen nicht viele Jahre kostenlos bei ihren Eltern mitversichert werden können, um sich dann durch einen Wechsel in die PKV der Solidarität vollständig zu entziehen. Ihre Eltern bleiben im Solidarsystem zurück und werden von den in diesem System verbliebenen Menschen mitfinanziert, da die älteren Generationen nur rund 50 Prozent ihrer Krankheitskosten durch ihre Beiträge aufbringen. Die im Eckpunktepapier vorgesehene Erschwerung des Wechsels von der GKV in die PKV reicht nicht! Außerdem ist es erforderlich, dass die in die PKV abgewanderten jungen Leute aus ihren angesammelten Altersrückstellungen Solidarzahlungen für ihre in der GKV verbliebenen Eltern leisten.

Meine Damen und Herren,

wie Sie sehen, gibt es viele Probleme, die aus meiner Sicht angesprochen und gelöst werden müssen. Einige dieser Themen werden heute auf unserem 1. Medizinischen Kongress zur Sprache kommen, den wir zusammen mit unserem Kooperationspartner Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen veranstalten. Dort ist auch die wissenschaftliche Leitung des Kongresses angesiedelt - ich danke Herrn Prof. Glaeske, dass er diese Aufgabe und auch die Moderation des heutigen Tages übernommen hat.

Ich wünsche uns allen einen guten Verlauf des heutigen Tages.

Neue Koordination und Organisation in der Medizin

- Die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist chronisch...-

Gerd Glaeske

Die Entwicklung ist unübersehbar: Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird darauf hingewiesen, dass inzwischen weltweit 59% der jährlich 57 Millionen Todesfälle durch chronische und nicht übertragbare Krankheiten verursacht werden, darunter vor allem Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes, Übergewicht, Krebs und Atemwegserkrankungen (WHO 2006). Diese Krankheiten machen im übrigen 46% der weltweiten Krankheitslast aus. Etwa die Hälfte der jährlichen Todesfälle als Folge chronischer Erkrankungen entfällt auf Ereignisse, die mit kardiovaskulär bedingten Folgen zu tun haben, mit Herzinfarkten, Schlaganfällen oder anderen Herzkrankheiten. Und nur eine kleine Anzahl von Risikofaktoren, nämlich hohe Blutfettspiegel, hoher Blutdruck, Übergewicht, Rauchen und Alkohol, verursachen den Hauptanteil dieser Belastung durch chronische Erkrankungen.

Diese Statistiken der WHO weisen darauf hin, dass insgesamt und vor allem in den industrialisierten Gesellschaften eine Veränderung des Krankheitspanoramas zu beobachten ist. Danach verlieren viele akute und übertragbare Krankheiten wie zum Beispiel Tuberkulose oder Malaria ihren Charakter als Volkskrankheiten und treten heute deutlich seltener auf als noch vor Jahren (Schauder 2006). Es wird davon ausgegangen, dass übertragbare Krankheiten zusammen mit perinatalen Erkrankungen sowie Mangelernährung 39% der globalen Krankheiten bestimmen und 30% der Todesfälle begründen. Prognosen zufolge wer-

den diese Krankheiten bis 2030 nur noch in 22% der Fälle zum Tode führen (WHO 2006a).

Gleichzeitig bestimmen chronische Erkrankungen immer mehr den Gesundheitszustand der Bevölkerung moderner Industrieländer und gewinnen sowohl an individueller, sozialpolitischer sowie gesundheitsökonomischer Bedeutung. In den nächsten 25 Jahren werden weltweit immer mehr Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten begründet sein und bereits heute geht die WHO davon aus, dass alleine in der Region Europa nicht übertragbare Krankheiten, die zumeist einen chronischen Verlauf haben, 77% der Krankheitslast ausmachen und für 86% der Todesfälle verantwortlich sind. Im weltweiten Vergleich ist die europäische Region somit am stärksten von den skizzierten Veränderungen im Morbiditäts- und Mortalitätspanorama betroffen. In Deutschland, so die Schätzungen, werden 4/5tel aller Todesfälle auf solche chronischen Erkrankungen zurückzuführen sein. Bei diesen Überlegungen sind noch nicht die steigenden Zahlen von Patientinnen und Patienten mit Demenz berücksichtigt. Bei einer älter werdenden Gesellschaft ist Demenz, und insbesondere die vom Alzheimer-Typ, eine der wenigen Erkrankungen, die absolut wegen der höheren Lebenserwartung ansteigen werden. Während bei vielen der anderen genannten Erkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck oder Erkrankungen der Atemwege über die Beeinflussung von Faktoren im Lebensstil und/oder durch Prävention erhebliche Veränderungen der Prävalenz erreicht werden können, ist der Anstieg der Demenzerkrankungen in einer älter werdenden Gesellschaft kaum beeinflussbar – über 20% der über 80-jährigen werden eine Demenz erleiden, mit allen Folgen für den wachsenden Bedarf an Therapie, an der viel zu sehr vernachlässigten Rehabilitation und der notwendigen Pflege.

1. Die Versorgung chronischer Krankheiten als Zukunftsaufgabe

Daher stellt die adäquate Versorgung chronisch kranker Menschen eine der bedeutendsten und größten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem dar. Dies wird vor allem durch die spezifische Verlaufsdynamik chronischer Erkrankungen, das heißt durch den Wechsel unterschiedlicher Krankheitsphasen, durch das komplexe Krankheitsgeschehen sowie die in der Regel langen und kostenintensiven Versorgungsverläufe begründet.

Auf diese Problematik geht auch ein von Sophia Schlette, Franz Knieps und Volker Amelung im Jahre 2005 herausgegebenes und empfehlenswertes Buch mit dem Titel „Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland“ ein. Auch in diesem Buch wird die Organisation einer qualitativ hochwertigen und möglichst kosteneffizienten Versorgung der Menschen mit chronischen Krankheiten als größte Herausforderung für die Zukunft angesehen. Und es wird festgestellt, dass die Bestandsaufnahme der Versorgung chronisch Kranker große Defizite aufweist (Schlette et al. 2006). Die Gründe und Probleme hierfür sind mannigfaltig.

Zu nennen sind

- die Fragmentierung der Versorgungslandschaft sowie
- eine mangelnde Kooperation und Koordination der an der Betreuung beteiligten beziehungsweise zu beteiligenden Leistungserbringer, vor allem auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Dabei kommt es in der Organisation der Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten zu besonderen Problemen im Hinblick sowohl auf die Abstimmung als auch auf die Zuständigkeiten.

In die gleiche Richtung weist ein lesenswertes Editorial von Edward Wagner aus Seattle, einem der Väter eines Modells für Chronic Care, das er zusammen mit Jochen Gensichen und Ferdinand Gerlach in der gerade erschienenen Ausgabe der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ veröffentlicht hat. Dort heißt es in einer aus meiner Sicht besonders kompakten und zutreffenden Zusammenfassung unter anderem: „Trotz der klinischen Unterschiede zwischen den verschiedenen chronischen Krankheiten konfrontiert jede Krankheit betroffene Patienten und ihre Familien mit dem gleichen Spektrum an Erfordernissen: Ihr Verhalten zu ändern, mit der sozialen und emotionalen Bürde der Symptome, den Behinderungen und dem nahenden Tod umzugehen, regelmäßig Medikamente einzunehmen sowie über lange Zeiträume medizinisch betreut zu werden. Im Gegenzug muss die medizinische Versorgung sicherstellen, dass Patienten die besten Behandlungsmöglichkeiten erhalten, durch die ihre Krankheit kontrolliert und deren Begleitsymptome gelindert werden. Patienten benötigen jedoch auch jegliche Information und Unterstützung, die erforderlich ist, um mit ihrer Krankheit und oft auch mit ihrem nahenden Tod selbständig umzugehen. Erfahrungen haben gezeigt, dass wir auf diesem Gebiet nicht besonders gut sind, und der Mangel weniger in uns selbst als in unserem Versorgungssystem begründet liegt.“ (Wagner 2006).

Edward Wagner hat im Rahmen seines Chronic Care Modells Forderungen aufgestellt, die für eine erfolgreiche und kosteneffiziente Versorgung unerlässlich sind. Zwei Faktoren sind dabei von besonderer Wichtigkeit:

1. Die aktiven, informierten Patientinnen und Patienten müssen als Hauptperson bei der Therapie ihrer Erkrankung im Mittelpunkt stehen, und

2. die Behandlung muss abgestimmt und strukturiert durch ein interdisziplinäres und kollegial zusammenarbeitendes Team von Leistungserbringern erfolgen.

So wird zum Beispiel in dem schon erwähnten und von Sophia Schlette, Franz Knieps und Volker Amelung herausgegebenen Buch „Versorgungsmanagement für chronisch Kranke“ auf einen Visiting Nurse Service-Choice hingewiesen (ebd.). Hiermit ist ein patientenzentriertes Programm für die Langzeitpflege alter Menschen gemeint, das sowohl Koordinationsleistungen bei der Versorgung als auch eine Betreuung während des Tages oder Transportdienste beinhaltet.

Die Herausgeberin und die Herausgeber des Buches kommen mit Blick auf die bundesdeutsche Versorgungslandschaft übrigens zu folgenden Forderungen, die auch den von Wagner, Gensichen und Gerlach beklagten Systemmangel berücksichtigen:

- Ein Gesamtkonzept zur Erneuerung der Versorgung muss entwickelt werden, damit die bisherigen Ansätze wie zum Beispiel im Rahmen von Disease Management Programmen (DMP) oder im Projekt Pro Dem, einem DMP für Demenzkranke, organisiert von Ärzten und Betroffenen in einem Verein, keine Inselösungen bleiben. Insbesondere das Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter, stationärer, rehabilitativer und sozialer Versorgung muss verbessert werden.
- Der Gesetzgeber muss Normen setzen, um die Verbreitung von Innovationen, neuen Betriebsformen und Managed Care-Ansätzen zu fördern und wirtschaftlich interessant zu machen.
- Indikationsbezogene DMPs müssen zu populationsbezogenen Versorgungsformen weiterentwickelt werden, die Multimorbidität mit einbeziehen und eine stärkere Zielgruppenorientierung aufweisen.

- Die Rollen und Funktionen aller Beteiligten im Gesundheitswesen müssen neu definiert und umgestaltet werden. Krankenkassen sollten stärker als bisher die Rolle der Einkäufer von Gesundheitsdienstleistungen annehmen, Leistungserbringer sollten selbst Produkte entwickeln und sich auch als Gesundheitsmanager sehen und Patientinnen und Patienten müssen dazu befähigt und motiviert werden, ihre Erkrankung als verantwortliche Partner mit zu behandeln (Schlette et al. 2006).

2. Pathogenetische Modelle kommen an ihre Grenzen

Das Primat eines kurativen und auf Pathogenese aufgebauten Gesundheitssystems, das sich sowohl in der Organisation als auch in den Behandlungsangeboten ärztzentriert und ohne Zweifel erfolgreich auf die Akut- und Notfallmedizin konzentriert hat, ist bei der Versorgung von chronischen Erkrankungen nur noch schwer aufrecht zu erhalten, es kommt an seine Grenzen. Ein Beispiel ist die Arzneimitteltherapie bei chronisch und vor allem unter mehreren Krankheiten gleichzeitig belasteten Patientinnen und Patienten, die wir in unserem Projekt GEK-Arzneimittel-Report untersucht und im Juni 2006 vorgestellt haben (Glaeske, Janhsen 2006).

So hängt zum Beispiel bei der Behandlung multimorbider Patienten mit Arzneimitteln der Erfolg und die Verträglichkeit der Therapie ganz entscheidend davon ab, ob die Priorisierung der zu behandelnden Krankheiten und Symptome korrekt erfolgte und nur die wirklich angemessene Anzahl an Arzneimitteln appliziert wird. Es ist im Alter nämlich keineswegs sinnvoll, jede behandelbare Krankheit separat zu betrachten und jeweils bestmöglich zu behandeln, sondern die wichtigsten zu erkennen und adäquat zu therapieren.

Diesem Leitgedanken der Arzneimitteltherapie älterer Menschen liegt zu Grunde, dass die Häufigkeit von Medikationsfehlern, Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen mit steigender Anzahl von Wirkstoffen überproportional zunimmt. In Fachkreisen gilt heute eine Anzahl von maximal vier Arzneimittelwirkstoffen bei geriatrischen Patienten als Zielgröße (Borchelt 2005). Der überwiegende Anteil der verordneten Medikamente wird in diesem Alter zur Behandlung chronischer Krankheiten und damit über einen langen Zeitraum kontinuierlich angewendet. Wenn man berücksichtigt, dass weitere Arzneimittel zusätzlich im Laufe des Jahres für akut auftretende Erkrankungen über einen kurzen Zeitraum erforderlich werden können, so scheint auch eine Anzahl von fünf bis acht Wirkstoffen mit Einschränkungen noch plausibel. In unseren Ergebnissen überrascht allerdings der hohe Anteil der Versicherten, der 9 und mehr Wirkstoffe nebeneinander verordnet bekommt: Rund 35% der Männer und 40% der Frauen über 65 Jahre bekommen diese Menge an Wirkstoffen mehr oder weniger dauerhaft (vgl. dazu Abbildungen 1 und 2). Dabei muss insbesondere bei diesen Altersgruppen von Patientinnen und Patienten davon ausgegangen werden, dass häufig unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen zu Krankenhausaufnahmen und -behandlungen führen – bis zu 23% der Krankenhausaufenthalte werden bei älteren Menschen durch derartige Störwirkungen begründet (Mühlberg et al. 1999).

Dass sich unter den häufig verordneten Arzneimitteln etwa 20% befinden, die nach Beers für ältere Menschen grundsätzlich wegen bestimmter unerwünschter Wirkungen „unangemessen“ sind, soll der Vollständigkeit halber hinzugefügt werden (Beers et al. 1991 und 1997, überarbeitet von Fick et al. 2003). In einer Anfang 2005 erschienenen Publikation zum Gebrauch solcher im höheren Lebensalter zu vermeidenden Arzneimittel im europäischen Vergleich (Fialova et al. 2005) wurde ermittelt, dass in Europa zwischen 6% (Dänemark) und 42% (Tschechi-

sche Republik) der älteren Patientinnen und Patienten mit solchen eher kritischen Arzneimitteln behandelt werden. Für Deutschland betrug dieser Anteil 18% bei den Männern und 27% bei den Frauen. Der von den Apothekerinnen und Apothekern nach dem australischen und britischen Vorbild geforderte Home Medication Review, in dem die Arzneimittelversorgung insbesondere älterer Menschen „vor Ort“ – also entweder zu Hause oder in Alten- und Pflegeheimen – einer in dieser Hinsicht kritischen Prüfung unterzogen wird, gewinnt unter dem Aspekt der Vermeidbarkeit unerwünschter Auswirkungen einer Polypharmazie besondere Bedeutung – ein Home Medication Review könnte in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sowie mit Pflegekräften die Arzneimitteltherapie für ältere Menschen sicherer machen. Auch an diesem Beispiel wird die Notwendigkeit von mehr Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen und einer besseren Koordination der Behandlung chronischer Patienten augenfällig.

Abbildung 1: Anteil der männlichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren mit 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr verordneten Wirkstoffen im Jahr 2005

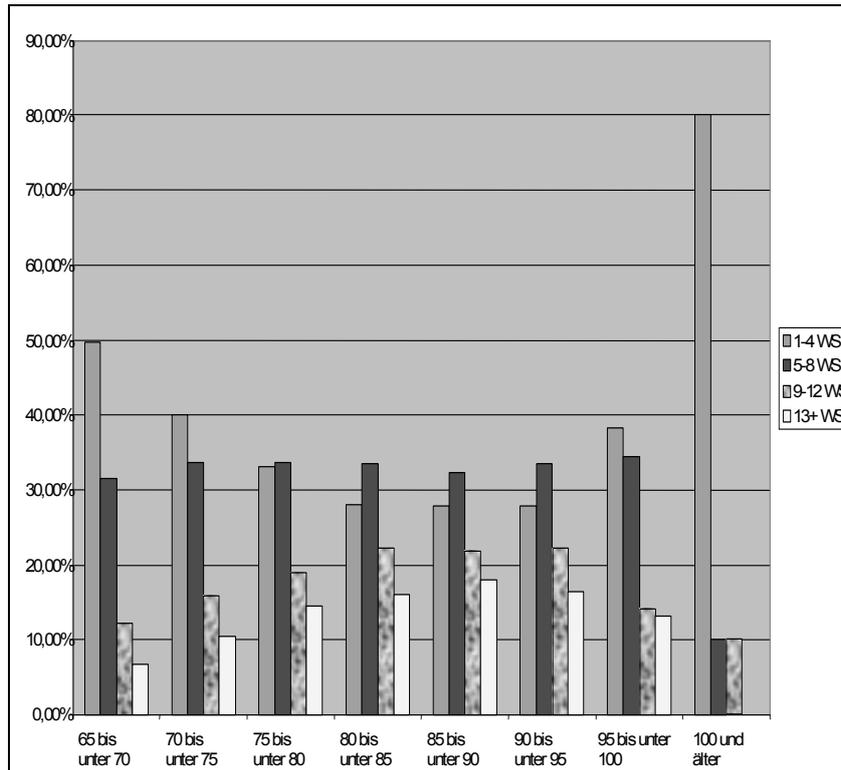
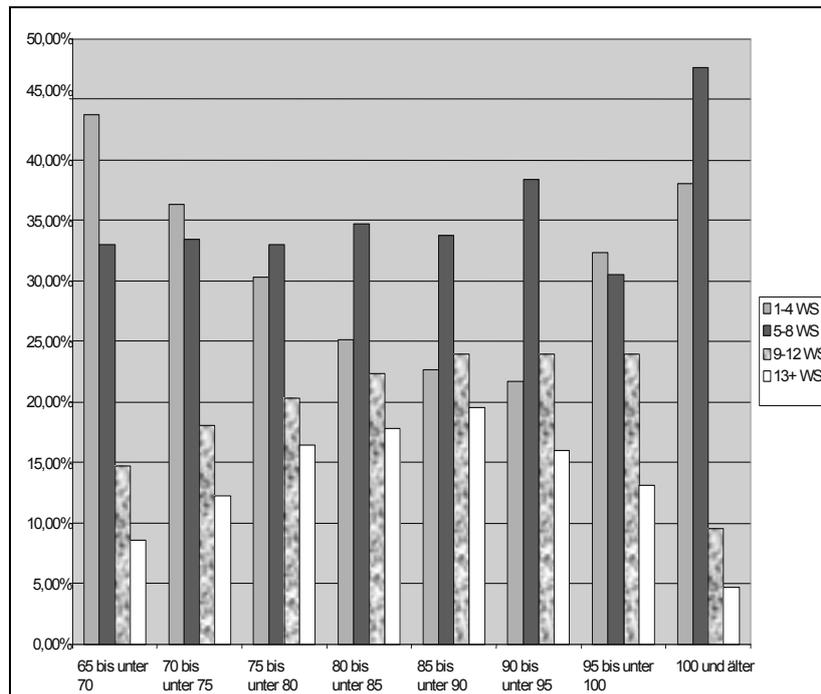


Abbildung 2: Anteil der weiblichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren mit 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr verordneten Wirkstoffen im Jahr 2005



Innovativ formulierte therapeutische, rehabilitative, pflegerische, präventive und salutogenetische Konzepte sind dringend erforderlich, um den Herausforderungen der Zukunft adäquat zu begegnen. Dabei geht es im übrigen nicht nur um die grundsätzliche Frage eines patientenorientierten Versorgungsangebotes, sondern auch darum, wer in welchem Stadium die Therapie und Betreuung übernimmt und welche neuen Kooperationsformen zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Berufen ent-

wickelt werden müssen, um den Anforderungen der notwendigen Krankenbehandlung zu entsprechen.

3. Ärztezentrierung versus Multidisziplinarität

Die in Disease Management Programmen oder auch in Projekten der integrierten Versorgung immer noch vorherrschende Arztzentrierung entspricht sicherlich nicht der auch von Edward Wagner und anderen geforderten Inter- oder zumindest Multidisziplinarität der an der Versorgung chronisch Kranker beteiligten Gesundheitsberufe (Wagner 2000). Dies ist übrigens auch eine der Forderungen in den aktuellen Eckpunkten für die Gesundheitsreform. Dort heißt es unter Punkt 3 d: „Die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Kooperation zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt. Die gesetzlichen Vorgaben werden mit dem Ziel einer besseren Transparenz und einer Ausrichtung auf größere Versicherten- gruppen weiterentwickelt. Die Anschubfinanzierung wird bis zum Inkraft- treten des neuen ärztlichen Vergütungssystems verlängert. Auch nicht- ärztliche Heilberufe können in die zugrunde liegenden Versorgungskon- zepte einbezogen werden. Ebenso wird künftig die Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung eingebunden“ (Bundesregierung 2006). Diese gesetzlich gewollte Erweiterung der medizinischen Versorgung um nichtärztliche Heilberufe ist überfällig. Und solche Ansätze einer neuen Rollenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen sind durch- aus von Erfolg begleitet: So konnten Hunkeler und Kollegen in einer im Februar im British Medical Journal abgedruckten Arbeit zeigen (Hunke- ler et al. 2006), dass in Großbritannien die Kooperation von Ärztinnen und Ärzten aus der allgemeinmedizinischen Versorgung mit Primary Care Nurses bei der Behandlung und Betreuung von älteren Menschen mit Depressionen über eine Laufzeit von zwei Jahren bessere Ergebnis-

se und mehr Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten ergab als eine allein ärztlich begleitete Arzneimittel- oder Psychotherapie. Dabei lag vor allem die langfristige Betreuung der Patientinnen und Patienten in der Verantwortung der speziell ausgebildeten Pflegekräfte, die sowohl telefonisch wie persönlich angesprochen werden konnten, die aber auch selber aktiv Unterstützung in Krisensituationen anbieten. Über ein Projekt in deutschen Hausarztpraxen zum gleichen Krankheitsbild berichten Gensichen, Gerlach und Kolleginnen und Kollegen (Gensichen et al. 2006): Hier wurden besonders geschulte Arzthelferinnen über ein Fragebogeninstrument miteinbezogen in die ersten Schritte eines „Depressions-Monitorings“, um eine besonders valide Depressionsdiagnostik im Rahmen des folgenden ärztlichen Gespräches zu ermöglichen. Dabei beschränkt sich – im Sinne einer verantwortlichen Delegation – die Tätigkeit der „Case Managerin Depression“ auf die Anwendung und Abfrage spezifisch deskriptiver Kriterien, für alle Aspekte der Depressionsdiagnose und –behandlung bleibt letztlich der behandelnde Arzt verantwortlich.

Laurant und Kollegen konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass die Beteiligung von speziell ausgebildeten Pflegekräften in der allgemein-ärztlichen Versorgung zwar nicht zu einer besseren medizinischen Versorgung führte, dass aber die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten tendenziell stieg, weil mehr Zeit für die Kommunikation über ihre Krankheitssituation bestand und dass auch eine effizientere Versorgung möglich wurde. (Laurant et al. 2005)

In Großbritannien führt die Kooperation von Pflegekräften mit spezieller Qualifikation in der jeweiligen Indikation auch dazu, dass zum Beispiel für Patientinnen und Patienten mit Asthma oder Diabetes Arzneimittel verschrieben werden dürfen, wenn diese dringend erforderlich sind – natürlich nach der Erstentscheidung durch die behandelnde Ärztin oder durch den behandelnden Arzt. Diese Möglichkeit besteht in Großbritan-

nien auch für Apothekerinnen und Apotheker. Solche Verordnungs- und Interventionsmöglichkeiten wurden übrigens zunächst von den Landesorganisationen der Ärzte heftig bekämpft, die gesetzlichen Regelungen, mit denen den Pflegekräften und Apothekern eine solche Verordnung erlaubt wurde, haben sich aber in der Zwischenzeit etabliert, die Erfahrungen zeigen, dass die Pflegekräfte und Apotheker mit hoher Verantwortung den neuen Handlungsspielraum nutzen und dass eine Überschätzung der Kompetenzen, die den Patientinnen und Patienten hätte schaden können, bislang nicht berichtet wurden.

Die Diskussionen über neue Kooperations- und Koordinationsformen in unserem Gesundheitssystem und die damit einhergehenden neuen Rollenzuweisungen haben daher nicht nur ihren Ausgangspunkt in den sich verändernden Versorgungsanforderungen, die sehr viel stärker als bislang auf die Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten gerichtet ist, sie haben auch ihren Ausgangspunkt in der Frage der Versorgungseffizienz. Gerade bei chronischen Erkrankungen werden Information, Begleitung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten besonders wichtig – das Herstellen einer „bedingten Gesundheit“ trotz der chronischen Symptome oder Beeinträchtigungen setzt Verständnis und Einsicht in den Krankheitsprozess voraus. Die Patienten selber müssen in die Lage versetzt werden, zu Co-Produzenten ihrer Gesundheit zu werden. Die bei uns traditionell im Mittelpunkt stehende kurative Versorgung, die allein von ärztlicher Tätigkeit und „Be-hand-lung“ (im Sinne von Hand anlegen) dominiert ist, sollte daher um Leistungen anderer Gesundheitsberufe ergänzt, zum Teil auch ersetzt werden. Themen wie Pflege und Ernährungsberatung, Auswahl und Anwendung von Arzneimitteln, Angebote der Psychotherapie und der Heilmittel, Unterstützung bei der Diagnostik und bei der Hilfsmittelanwendung – diese und viele andere Themen mehr sind Teil einer adäquaten Betreuung und Begleitung chronisch kranker Menschen, die von anderen Berufs-

gruppen als den Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen werden kann und damit Ärzte entlasten können. Das Ergebnis: Mehr Zeit und Zufriedenheit in der eigentlich ärztlichen Tätigkeit.

In diesem Zusammenhang gewinnt denn auch die Diskussion über einen angeblich oder regional beobachtbaren Ärztemangel eine eigene Bedeutung – für die Zukunft ist nämlich im Rahmen der steigenden Versorgungsanforderungen für chronisch Kranke neu auszuloten, ob denn die bisherigen Annahmen notwendiger Ärztezahlen tatsächlich unter dem Aspekt des veränderten Krankheitsspektrums und der neuen Kooperationsformen unterschiedlicher Heilberufe Bestand haben und ob unter dem Aspekt der Versorgungseffizienz die bisherige Arztzentrierung in der Behandlung nicht differenziert oder gar abgebaut werden kann.

4. Gesundheitsreformen und Gender-Perspektive

Die Einführung neuer Versorgungskonzepte ist letztlich ein Schlüssel für grundlegende Veränderungen im gesamten Gesundheitsversorgungssystem. Integrierte Versorgungsmodelle sollen die Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsanbieter verbessern, auch nichtärztlicher Heilberufe. Sektorübergreifende Konzepte, Multidisziplinarität, Teamarbeit bis hin zur Teampflichtigkeit, und flachere Hierarchien sind denkbare Entwicklungen. Diese Konzepte bieten auch neue berufliche Chancen für den in Gesundheitsberufen durchgängig hohen Anteil von Frauen (Kuhlmann 2006). Die neuen Versorgungskonzepte können als ein Motor der Professionalisierung und Akademisierung genutzt werden, wie vor allem Beispiele aus den angelsächsischen Ländern zeigen: Advanced Nursing Practice, das heißt die Ausbildung zu Pflegekräften mit spezieller Qualifikation, ist sicherlich ein Beispiel einer solchen Entwicklung (Schmacke 2006). Dazu könnte auch die Stärkung der Allgemeinmedizin im Rahmen von Chronic Care beitragen, in der Frauen ebenfalls

häufiger als in anderen ärztlichen Professionen vertreten sind. „Galt bisher die im Vergleich zu Männern geringere Quote von Fachärztinnen bisher als beruflicher Nachteil von Frauen, so könnte sich diese Rangordnung medizinischer Fachgebiete zukünftig umkehren. (...) Modelle, die tatsächlich auf interdisziplinäre Zusammenarbeit zielen, versprechen nicht nur mit Blick auf die Versorgungsqualität bessere Ergebnisse, sie können auch einen unmittelbaren Beitrag zum Abbau einer hierarchischen Arbeitsmarktsituation im Gesundheitswesen leisten, die Frauen auf die unteren Plätze verweist und die Professionalisierung von Berufsgruppen mit durchgängig hohen Frauenanteilen blockiert. Bisher werden diese Chancen allerdings nicht systematisch genutzt.“ (Kuhlmann 2006). Neue Versorgungskonzepte können in diesem Zusammenhang zur Verbesserung der Situation von Frauen als Beschäftigte im Gesundheitswesen beitragen, die Stärkung der Gender-Perspektive wäre ein zusätzlicher Erfolg bei der Neugestaltung der „Versorgungslandschaft“.

Wir sollten unsere „Versorgungslandschaft“ zum Blühen bringen – zugunsten der Patientenorientierung, zugunsten der Qualität und zugunsten der Effizienz. Einige Pflänzchen sind bereits gewachsen, andere müssen kultiviert werden. Zu den schon gewachsenen neuen Versorgungskonzepten, die hier gemeint sind, gehört sicherlich die Gemeindegeschwester Agnes, die im Gesundheitswesen der alten DDR eine „feste Größe“ war. Sie soll nun in einem Projekt in Mecklenburg-Vorpommern mit dafür sorgen, dass die medizinische Versorgung im hausärztlichen Bereich auch in Zukunft gesichert werden kann. Im Rahmen von integrierter Versorgung mit Gesundheits-Chipkarte und Hausarztzentren wird Agnes zum Bindeglied zum Patienten vor Ort und zu Hause. Auf diese neue Agnes werden nun eine Reihe von Leistungen übertragen, die bisher der Hausarzt selber bei Hausbesuchen erbringt. Und dabei wird Agnes – mit telemedizinischer Technik – immer direkt mit dem Hausarzt verbunden sein.

Agnes hat bereits dazu beigetragen, dass ein neues Berufsfeld eröffnet wurde, wie es in skandinavischen und angelsächsischen Ländern schon lange existiert. Mit der Agnes kommt die spezialisierte Pflege als Ausbildungsberuf an die Hochschule. Ein Lehrplan wird dazu an der Fachhochschule Neubrandenburg erarbeitet. In der Zwischenzeit sind auch die vier anderen neuen Länder dem Agnes-Projekt beigetreten – ein kleiner Baustein im Rahmen einer „Effizienzrevolution“ (Knapp 2006).

5. Kooperation gegen individuelle Überforderung

Auch wenn die Dimensionen von Revolutionen eher größer ausfallen: Das Projekt „Agnes“ ist ein Beispiel für neue Wege, denen in der Gesundheitsversorgung die Zukunft gehört. Ein Wettbewerb um mehr Qualität, Effizienz und Patientenorientierung – mit diesem Ziel ist das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 angetreten. Einiges ist bereits auf den Weg gebracht worden, die Ausweitung von Kooperationen und eine bessere Koordination aller Gesundheitsberufe im System könnten dazu beitragen, insbesondere mit Blick auf die Versorgung chronisch Kranker dieses Ziel zu erreichen.

Dass es dabei manchmal wegen der vielen Neuerungen zu Überforderungssymptomen mit Ohnmachtsanfällen bei Ärztinnen und Ärzten kommen kann, ist eine denkbare Nebenwirkung – aber auch in diesen Fällen wird die Kooperation aller Beteiligten – der Patienten, der Schwester und der Ärzte – rasche und wirksame Hilfe bringen.



Mit freundlicher Genehmigung Cartoonist Beck

Literatur:

Beers, M.H., Ouslander, J.G., Rollinger, I., Reuben, D.B., Brools, J., Beck, J.C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Arch Intern Med 151 (9): 1825-1832

Borchelt, M. (2005). Wichtige Aspekte der Pharmakotherapie beim geriatrischen Patienten. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 5: 593-598

Bundesregierung, Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 03.07.2006

Fialova, D., Topinkova, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jonsson, P.V., Carpenter, I., Schroll, M., Onder, G., Sorbeye, L.W., Wahner, C., Reissogova, J., Bernabei, R. (2005). Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. J Am Med Assoc 293 (11): 1348-1358

Fick, D.M., Cooper, J.W., Wade, W.E., Waller, J.L., Maclean, R., Beers, M.H. (2003). Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Arch Intern Med 163: 27126-2724

- Gensichen, J., Peitz, M., Torge, M., Mosig-Frey, J., Wendt-Hermainski, H., Rosemann, T., Gerlach, F.M., Löwe, B. (2006). Die „Depressions-Monitoring-Liste (DeMol)“ mit integriertem PHQ-D – Rationale Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Depression. *Z.ärztl.Fortbild.Qual.Gesundh.wes.* 100 (5): 375-382
- Glaeske, G., Janhsen, K. (2006). GEK-Arzneimittel-Report 2006. Asgard, St. Augustin: 102-123
- Hunkeler, E.M., Katon, W., Tang, L., Williams, J.W., Kroenke, K., Lin, E.H.B. et al. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 332: 259-262
- Knapp, U. (2006). Comeback für Agnes. *Horizonte* 16: 12-13
- Kuhlmann, E. (2006). Gesundheitsreform und Gender Perspektive: Herausforderung und Chancen für die Modernisierung von Gesundheitssystemen. Manuskript zur Grazer Gesundheitskonferenz Juni 2006, Bremen
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Brspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4

- Mühlberg, W., Platt, D., Mutschler, E. (1999). Neben- und Wechselwirkungen von Pharmaka im Alter. In: Platt, D., Mutschler E. (Hrsg.) Pharmakotherapie im Alter. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart: 21-31
- Schlette, S., Knieps, F., Amelung, V. (Hrsg.) (2005). Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland. Kompart, Bonn, Bad Homburg
- Schmacke, N. (2006). Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. G + G Wissenschaft 3: 18-25
- Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 320: 569-572
- Wagner, E., Gensichen, J., Gerlach, FM. (2006). Die Zukunft ist chronisch... Z. ärztl. Fortbildf. Qual. Gesundh.wes. 100 (5): 333-334
- WHO World Health Organization (2006). Facts related to chronic diseases.<http://who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/print/html>, 24.09.2006
- WHO World Health Organization (2006 a). Highlights on health in Germany 2004. <http://www.euro.who.int/highlights>, 24.09.2006

Integrierte Versorgung chronisch Kranker am Beispiel Diabetes mellitus

Werner Scherbaum

1. Allgemeine Erfordernisse bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Krankheiten

Chronische Erkrankungen wie der Diabetes mellitus, die koronare Herzkrankheit, die Osteoporose, Asthma, Rheuma oder Morbus Crohn, haben eine ganze Reihe von Besonderheiten, die spezielle Betreuungskonzepte erforderlich machen. Diese müssen vor allem auf eine dauerhafte Betreuung ausgelegt sein mit dem Ziel, akute und chronische Komplikationen der Erkrankung zu verhindern oder zumindest günstig zu beeinflussen.

Dafür muss ein integriertes Betreuungskonzept vorgehalten werden, das die Besonderheiten der Erkrankung berücksichtigt und eine Behandlung über verschiedene Fachdisziplinen und Berufsgruppen hinweg aus einem Guss im Sinne eines strukturierten Case-Managements gewährleistet. Dafür sind Behandlungspfade zu generieren, die in einem regionalen Netzwerk festgelegt werden. Eine Evaluation der Ergebnisse ist unabdingbar, um Schwachstellen zu identifizieren und den Bedarf für Nachbesserungen aufzuzeigen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Integrierte Versorgung chronisch Kranker

Integrierte Versorgung chronisch Kranker	
<u>Chronische Krankheiten</u> Beispiele: Diabetes mellitus Koronare Herzkrankheit Asthma bronchiale Rheuma Osteoporose <u>Spezifitäten</u> Komplikationen akut und im Langzeitverlauf Mehrfacherkrankungen häufig	<u>Erfordernisse für Betreuung</u> <u>Integriertes Betreuungskonzept:</u> - Dauerhafte Betreuung - Interdisziplinäre Kooperation - Mehrere Berufsgruppen - Sektorübergreifend - Strukturiertes Case-Management - Definition von Behandlungspfaden - Evaluation (EDV-gestützt) - Regionale Netzwerke - Einbindung der Betroffenen

2. Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen

Die Behandlung chronisch Kranker kann nicht alleine von ärztlichen und nicht ärztlichen Therapeuten veranlasst und geleitet werden, sondern sie muss integral den Betroffenen miteinbeziehen. Dieses setzt eine umfassende Aufklärung der Betroffenen über die Krankheit voraus, die die notwendige Grundlage für eine Abstimmung mit dem Patienten über diagnostische und therapeutische Optionen darstellt (shared decision making). Eine solche Stärkung der Selbstbestimmung der Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung und Stütze für die adäquate Behandlung chronischer Krankheiten.

3. Die besondere Situation beim Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, die das Risiko für gravierende Langzeitfolgen an verschiedenen Organen mit sich bringt. Diese sind u. a. Erblindung, Nierenversagen, Nervenschädigungen, Herzinfarkt, Schlaganfall sowie Fußgeschwüre, die Amputationen zur Folge haben können (Abbildung 1).

Abbildung 1: Wichtige Folgeschäden des Diabetes mellitus

Wichtige Folgeschäden des Diabetes mellitus	
<u>Mikroangiopathie</u>	<u>Makroangiopathie</u>
Retinopathie	Koronare Herzkrankheit Herzinsuffizienz
Nephropathie	zerebrovaskuläre Erkrankungen
Neuropathie - sensomotorisch - autonom	periphere arterielle Verschlusskrankheit
Diabetisches Fußsyndrom	

Besondere Probleme sind die zunehmende Häufigkeit des Diabetes, die in Deutschland mit derzeit ca. 6 Millionen Fällen und einer Dunkelziffer von 2 bis 3 Millionen ein erschreckendes Ausmaß angenommen hat (Giani et al. 2004).

Diese Zunahme hat zwei wesentliche Gründe, und zwar 1) die zunehmende Adiposithäufigkeit in der Bevölkerung, die auch zu einer Vorverlagerung des Manifestationsalters bei Typ 2 Diabetes geführt hat und 2) die höhere Lebenserwartung der Bevölkerung. Damit geht die Schere

auseinander: Jüngere Menschen bekommen Diabetes bei insgesamt höherer Lebenserwartung. Hier drohen auch die o. g. Langzeitfolgen des Diabetes zuzunehmen.

Aus den Organkomplikationen des Diabetes erwächst nicht nur eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und der sozialen Einbindung der Betroffenen, sondern auch eine große gesundheitsökonomische Belastung für die Gesellschaft.

Die Gesamtkosten bei Menschen mit Diabetes sind doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Diabetes. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten von Patienten mit Diabetes sind nach den Daten der KV und der AOK Hessen mit € 4.457,-- pro Jahr fast doppelt so hoch wie bei Nichtdiabetikern. Dabei schlagen chronische Komplikationen des Diabetes besonders zu Buche: kardiale und zerebrale vaskuläre Komplikationen machen 14% und das diabetische Fußsyndrom 10% dieser Gesamtkosten aus, während akute Entgleisungen des Zuckerstoffwechsels nur mit 2% der Gesamtkosten zu Buche schlagen (Köster et al. 2006).

4. Integrierte Behandlung beim Diabetes mellitus

Durch eine integrierte Behandlung können Komplikationen des Diabetes weitgehend vermieden oder vermindert werden. Dafür ist jedoch eine strukturierte Langzeitbetreuung erforderlich.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine gute strukturierte Langzeitbetreuung von Diabetespatienten sind durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz erheblich verbessert worden.

1. Disease Management Programm (DMP) Typ 2 Diabetes

Das Disease-Management-Programm Typ 2 Diabetes sieht eine standardisierte leitlinienbasierte Therapie von Menschen mit Typ 2 Diabetes vor. Dieses Programm wird überwiegend auf der Ebene des Hausarztes eingeleitet, mit Schnittstellen zu Spezialisten und zu DMP-Kliniken. In Deutschland waren mit Stand vom Januar 2006 1,76 Millionen Patienten in das DMP Typ 2 Diabetes eingeschrieben (Diabetes Care Monitor 2006). Spezielle Elemente dieser strukturierten Behandlungsprogramme ist ein Vertrag zwischen Arzt und Patient sowie die strukturierte Datenerfassung. Durch das DMP wird eine Standardbehandlung weitgehend flächendeckend gewährleistet.

Dagegen werden Spezialfälle, wie z.B. Patienten mit Diabetes und Depression im DMP nicht adäquat berücksichtigt.

2. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die Medizinischen Versorgungszentren bieten die Möglichkeit, die ambulante Behandlung komplexer Erkrankungen aus einem Guss vorzuhalten, indem Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten sowie andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems unter einem Dach mit einem einheitlichen Dokumentationssystem und unter gemeinsamer Nutzung von Ressourcen zusammenarbeiten. Dies ist gerade beim Typ 2 Diabetes und bei Patienten mit verschiedenen Organkomplikationen von großer Bedeutung; es erspart Doppeluntersuchungen und durch Anbindung von MVZ's an Krankenhäuser werden ambulante und stationäre Leistungen sinnvoll miteinander verzahnt und Gerätschaften sowie Spezialeinrichtungen optimal ausgelastet. Medizinische Versorgungszentren werden wahrscheinlich bei der Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen wie dem Diabetes mellitus eine zunehmende Rolle spielen.

3. Integrierte Versorgung (nach § 140b SGB V)

Das dritte neue Element kooperativer Versorgungsformen ist die vertraglich geregelte integrierte Versorgung. In meinen weiteren Ausführungen will ich speziell auf die Notwendigkeit, Möglichkeiten und eigenen Erfahrungen mit zwei integrierten Versorgungsprogrammen eingehen, und zwar bei koronarer Herzerkrankung mit Diabetes (Programm AkuVask Diabetes) sowie beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS).

Als Erfolgskriterien bei der Integrierten Versorgung sind jeweils drei Parameter zu analysieren, und zwar die medizinischen Ergebnisse, die Patientenzufriedenheit und der Ressourcenverbrauch (Tabelle 2).

Tabelle 2: Erfolgskriterien bei der Integrierten Versorgung

Erfolgskriterien bei der Integrierten Versorgung
<ul style="list-style-type: none">• Medizinische Ergebnisse• Patientenzufriedenheit• Ressourcenverbrauch (Kosten)

5. Das Programm AkuVask Diabetes

Das Programm AkuVask Diabetes entsprang aus der leidvollen Beobachtung, dass bei Patienten, bei denen wegen eines Myokardinfarkts oder eines akuten Koronarsyndroms kardiologisch interveniert werden musste, häufig keine strukturierte internistische Nachbehandlung zur Rezidivprophylaxe angeschlossen wird.

Tatsächlich wissen wir, dass letztere hoch effizient ist (Hambrecht et al. 2004) und dass die Patienten gerade nach einem akuten Ereignis mit Herzkomplicationen sehr gut dazu motivierbar sind, etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun. Immerhin haben nach unseren Untersuchungen im Herzzentrum Wuppertal etwa 50% aller Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt einen Diabetes und weitere 35% haben eine gestörte Glukosetoleranz, die mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko einhergeht.

Im Programm AkuVask Diabetes werden Patienten maximal 14 Tage nach einem akuten Herzinfarkt oder nach PTCA eingeschlossen, wenn sie zusätzlich einen schlecht eingestellten Diabetes ($HbA1c > 8\%$) haben, übergewichtig sind und/oder eine Hypertonie und/oder eine Fettstoffwechselstörung aufweisen. Mit den Patienten wird in Abstimmung mit seinem Hausarzt der Vertrag zur Teilnahme am AkuVask Diabetes-Programm geschlossen. Letzteres beinhaltet ambulante und/oder stationäre Interventionen an 7 Behandlungstagen, die jedoch i.d.R. nicht direkt aneinander gereiht sind. Diagnostik, individuelle Schulung und Erlernen von gesundheitsbewusstem Handeln gehen parallel mit der speziellen internistischen Therapie. Wichtig ist die Blutzuckerselbstmessung und die Beeinflussung der Blutzuckerläufe durch Ernährung und Bewegung.

Dies ist verbunden mit einer individuellen Ernährungsanamnese und Ernährungsempfehlungen, Anleitungen zu körperlicher Betätigung mit

individuellen Angeboten, bei Bedarf Raucherentwöhnungsmaßnahmen und ggf. einer Hypertonieschulung u.a.

6. Integrierte Versorgung beim Diabetischen Fußsyndrom

Das DFS ist eine gefürchtete Komplikation des Diabetes, die in Deutschland im Jahre 2001 bei Menschen mit Diabetes 28.000 Amputationen, davon 13.000 oberhalb des oberen Sprunggelenkes verursacht hat. Obwohl es Leitlinien für die Behandlung des DFS gibt (Morbach et al. 2004), ist die Versorgung außerhalb spezialisierter Netzwerke nur lückenhaft und meist unbefriedigend. Insbesondere hat sich in einzelnen Studien gezeigt, dass durch eine interdisziplinäre und sachgerechte Behandlung etwa die Hälfte der Amputationen vermieden werden könnte.

Innerhalb des Integrierten Versorgungsvertrages Diabetischer Fuß Düsseldorf und Umgebung arbeiten ambulant und stationär tätige Ärzte in Diabetischen Fußzentren in einer kooperativen Struktur zusammen mit Podologen, ambulanten Pflegediensten und orthopädischen Schuhmachern. Die wesentlichen Merkmale dieses Netzwerkes sind kürzlich im Deutschen Ärzteblatt publiziert worden (Hochlenert et al. 2006). Als Vertragspartner mit den Fußzentren sind neben dem Verhandlungsführer AOK Rheinland auch die IKK Nordrhein, Knappschaft, BARMER Ersatzkasse, KKH, DAK, Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW und Gärtner-Krankenkasse eingebunden. Das Netzwerk kooperiert eng mit den regionalen Hausärzten, die über Qualitätszirkel und Fortbildungsvorträge eingebunden sind.

Der Hauptbehandler und primäre Ansprechpartner ist jeweils ein Diabetologe und Fußspezialist, der einen Vertrag mit dem Patienten schließt. Im Vertrag sind Struktur- und Prozessqualität vorgegeben und die Ergebnisse werden offen gelegt. Die Strukturqualität beinhaltet z.B. die

Praxisausstattung, Qualifikation des Praxispersonals und Dokumentationsauflagen (Tabelle 3) Schnittstellen zu verschiedenen Behandlern sind durch Leitpfade geregelt. Durch regelmäßige Hospitationen innerhalb des Netzes wird ein offenes Benchmarking gewährleistet (Tabelle 4).

Tabelle 3: Strukturqualität

Strukturqualität
<p>Einbindung in interdisziplinäres Netzwerk u.a. Angiologe, Mikrobiologe, Radiologe, Chirurg, Gefäßchirurg</p> <ul style="list-style-type: none">• Praxisausstattung (Prüfung alle 6 Monate) 2 Behandlungsräume, Behandlungsstühle Patientenliege, Hygiene- und Desinfektionsplan, Podologische Gerätschaften, steriles Instrumentarium, PC, Drucker• Qualifikation des Praxispersonals (Prüfung alle 6 Monate)

Tabelle 4: Prozeßqualität

Prozeßqualität
<ul style="list-style-type: none">• Einheitliche Diagnosekriterien und Wundklassifikation• Dokumentationsauflagen: Sämtliche Arztkontakte müssen dokumentiert werden Einheitliche Dokumentationssoftware• Mengenauflagen (Fallzahlen)• Regelmäßige Qualitätszirkel, Prüfungen• Definition der Schnittstellen und Pathways• Hospitation innerhalb des Netzes

Die Kooperation und Bestimmung der Ergebnisqualität im Netz wird durch einen einheitlichen Dokumentationsstandard mit einheitlicher Software erleichtert.

Die bisherigen Ergebnisse legen nahe, dass das integrierte Versorgungsnetzwerk DFS in der Lage ist, die flächendeckende Versorgung zu verbessern, ungünstige Krankheitsverläufe zu reduzieren und die Behandlungskosten zu begrenzen.

Literatur:

Diabetes Care Monitor (2006) Ausgabe 3, www.diabetes-care-monitor.de

Giani, G., Janka, H.U., Hauner, H., Standl, E., Schiel, R., Neu, A., Rathmann, W., Rosenbauer, J., (2004). Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. Aktualisierte Version auf den Webseiten der DDG www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/Evidenzbasierte Leitlinien/Epidemiologie. Scherbaum W.A., Kiess W. (Hrsg.)

Hambrecht, R., Walther, C., Mobius-Winkler, S., Gielen, S., Linke, A., Conradi, K., Erbs, S., Kluge, R., Kendziorra, K., Sabri, O., Sick, P., Schuler, G., (2004). Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial. *Circulation* 109: 1371-1378

Hochlenert, D., Engels, G., Altenhofen, L. (2006): Integrierte Versorgung: Ergebnisse des Netzwerks Diabetischer Fuß Köln und Umgebung. *Deutsches Ärzteblatt: A* 1680-1683

Köster, I., Hauner, H., von Ferber, L. (2006). Heterogenität der Kosten bei Patienten mit Diabetes mellitus. Die KoDiM-Studie, *Dtsch med Wochenschrift* 131: 804-810

Morbach, S., Müller, E., Reike, H., Risse, A., Spraul, M. (2004). Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Hrsg. Scherbaum, W.A., Kiess, W., Landgraf, R., (2004) Diabetes und Stoffwechsel. Band 13, Suppl. 2:9-30

Beratung und Begleitung chronisch Kranker am Beispiel Diabetes

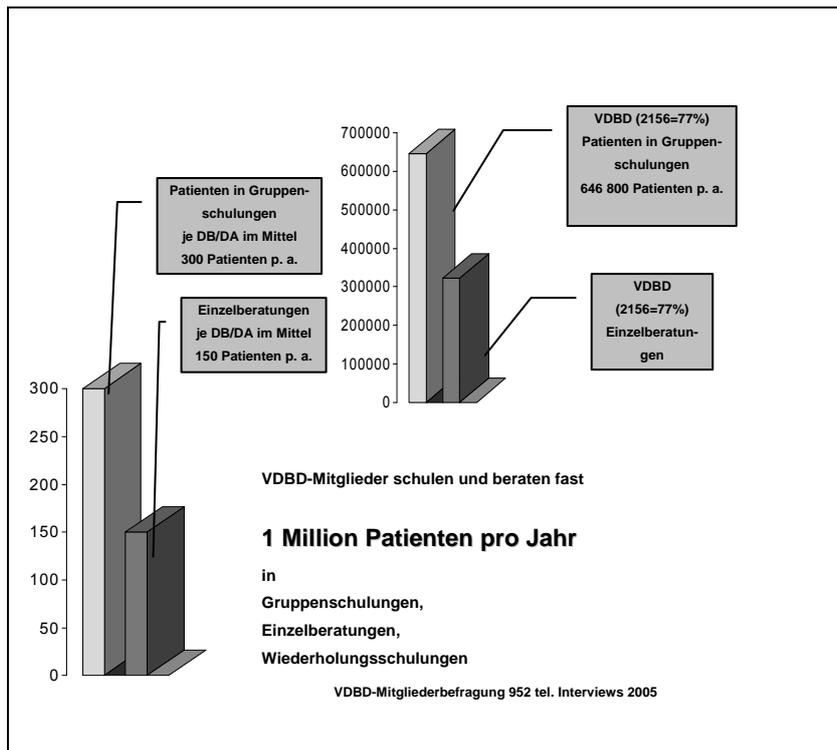
Evelyn Drobinski

Einleitung - Kurzinfo zum VDBD

Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) besitzt bundesweit ein flächendeckendes Beratungsnetzwerk von rund 2800 Mitgliedern. Davon sind 40% Diabetes-BeraterInnen DDG (DDG steht für Weiterbildung nach dem Curriculum der Deutschen Diabetes-Gesellschaft), 37% Diabetes-AssistentInnen DDG sowie 7% Diätassistentinnen, 8% Krankenschwestern und 7% sonstige assoziierte Mitglieder (VDBD 2005).

Nach einer telefonisch durchgeführten Befragung bei mehr als 30% der VDBD-Mitglieder schulen nach dem statistischen Mittelwert VDBD-DiabetesberaterInnen und -DiabetesassistentInnen pro befragtem Mitglied ca. 300 Patienten im Jahr in Gruppenschulungen sowie 150 Patienten im Jahr pro Mitglied in Einzelberatungen (ebd.). Geht man von rund 80% beruflich aktiver Mitglieder aus, mithin von 2156 bei 2800 Mitgliedern, dann schulen diese fast 1 Million Patienten pro Kalenderjahr in Gruppenschulungen, Einzelberatungen und Wiederholungsschulungen. Die Hochrechnung auf Basis dieser Stichprobe ist statistisch durchaus repräsentativ.

Abbildung 1: VDBD-Mitgliederbefragung



1. Schulungs- und Begleitungs-Prozesse: Der autonome Patient im Mittelpunkt

Gleichwohl geht es nicht um die Berichterstattung von Quantitäten. Vielmehr geht es um die Schlüsselfähigkeit in Schulung, Beratung und Begleitung und somit letztlich um möglichst nachhaltige Verhaltensänderungen bei den betroffenen Patienten.

Die VDBD-Schulungs- und Beratungsziele fußen deshalb fest auf den Prinzipien des Empowerment, um durch die partnerschaftliche Einbeziehung der betroffenen Menschen mit Diabetes deren Selbsthilfefähigkeit zu stärken, sie in die Lage zu versetzen, eine nachhaltige Verhaltensänderung im Alltag zu erzielen sowie, wenn möglich, eine dauerhafte Lebensstiländerung zu erreichen. Das ist die große Herausforderung bei der Beratung und Begleitung von Menschen mit Diabetes.

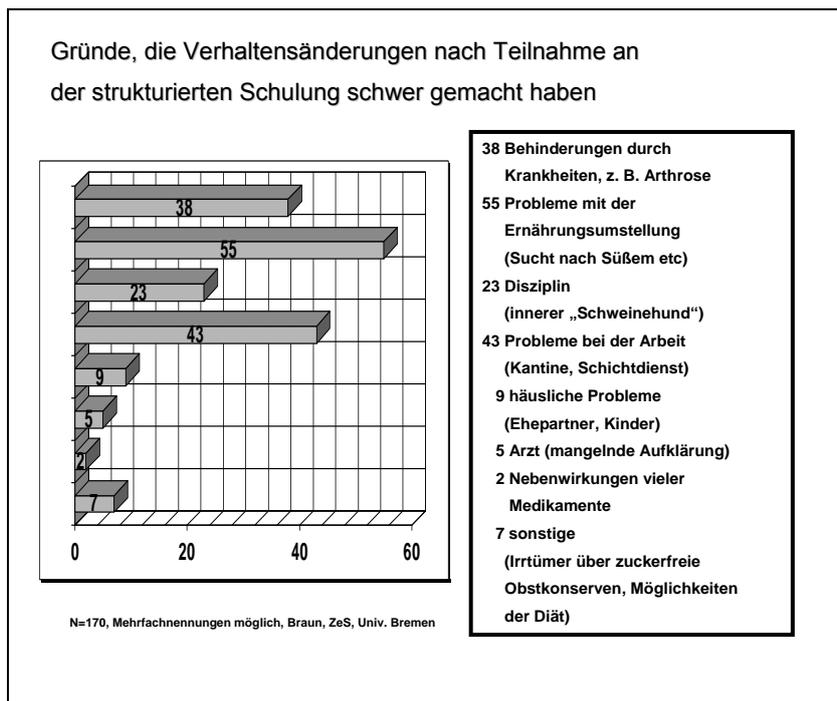
Damit VDBD-Mitglieder diese Ziele gemeinsam mit dem Patienten erreichen können, gibt es klar formulierte Qualifikationsanforderungen im DDG-Weiterbildungs-Curriculum. Fachlich-diabetologisch stets auf dem Level aktueller wissenschaftlicher Standards zu sein, lautet die Basisanforderung. Kenntnisse und Fähigkeiten der Rhetorik, Methodik, Didaktik zu erwerben, sich psychologisch einfühlen und Patientenentscheidungen aushalten zu können, sind weitere unabdingbare Anforderungen. Dieses spezifische Know-how/Do-how wird vermittelt und sichergestellt durch die Absolvierung curricular klar strukturierter Weiterbildungs-Seminare der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Patientenentscheidungen aushalten zu können, ist nicht immer einfach, häufig sogar recht schwierig. Bei der angestrebten Patientenautonomie kann man nichts überstülpen, keinen Nürnberger-Trichter aufsetzen. Verhaltensänderung wird vom Patienten erwartet. Das bedeutet, Bruch mit der bisherigen Alltagsroutine. Menschen mit Diabetes sollen eigene Stärken und Ressourcen erkennen, eigene Kompetenzen einbringen, um heraus zu kommen, aus den oftmals tief eingefahrenen Verhaltensspuren des eigenen Lebensalltags (Rappaport 1981). „Gibst du jemandem einen Fisch, so nährt er sich nur einmal. Lehrst du ihn aber das Fischen, so nährt er sich für immer“, verheißt eine orientalische Lebensweisheit, die damit trefflich die VDBD-Beratungsziele umschreibt. Der Patient wird zum Koproduzenten der eigenen Gesundheit, wird zum

Partner im Behandlungsprozess, mit dem die Entscheidung über das weitere Vorgehen einvernehmlich abgestimmt wird.

Verhaltensänderungen tatsächlich umzusetzen, gestaltet sich dennoch häufig problematisch. Wer hat nicht schon einmal selbst diese Erfahrung gemacht, beim Essen etwa, beim Rauchen oder bei dem guten Vorsatz, sich endlich sportlich zu betätigen? Wenn von den Patienten erwartet wird, dass sie - nachdem sie alle Konsequenzen ihrer Erkrankung kennen - ihr Verhalten ändern, sollte niemand enttäuscht sein, wenn es Rückschläge gibt. Selbstverständlich ist es grundsätzlich hilfreich einem übergewichtigen Typ2-Diabetiker mehr Bewegung zu empfehlen, weil Bewegung das Übergewicht reduziert und den Blutdruck senkt. Dann zeigt jedoch das Beratungsgespräch, dass der Patient aufgrund seiner Arthrose erhebliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Bewegungsprogramms hat (Braun 2001). Wie soll er sich mehr bewegen, wenn er unerträgliche Schmerzen dabei hat? Oder, um ein anderes Beispiel zu bemühen: Von mehr als der Hälfte ihrer Patienten hören Schulungs- und Beratungsprofis - wenn sie sich einen vertrauensvoll offenen Zugang erschlossen haben - dass der Heißhunger nach Süßem wieder einmal stärker war als alle guten Vorsätze. Sie erfahren, dass der „innere Schweinehund“ mit der momentanen „Disziplin-Dosis-Stärke“ noch nicht zu überwinden war oder dass andere Probleme, wie etwa fettes Kantinenessen oder auch Schichtdienst die Änderung der Ernährungsgewohnheiten unmöglich gemacht haben (ebd.).

Abbildung 2: Gründe, die Verhaltensänderungen nach Teilnahme an der strukturierten Schulung schwer gemacht haben



Derartige Hindernisse müssen in den verschiedenen Ebenen der Patientenschulung besonders bedacht werden (Bott 2000). Die erste - die kognitive Ebene - ist die Wissensvermittlung. Viele neue Informationen über die Erkrankung sollen aufgenommen werden. Unerfahrene Schülende drohen hier zu scheitern, wenn sie sich allein auf den Wissenstransfer konzentrieren und der Meinung nachhängen, die Einsicht der Patienten werde sich nach Kenntnisnahme aller Informationen quasi von selbst einstellen.

Die zweite - die psychomotorische Ebene - befasst sich mit der Vermittlung neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten (ebd.). Dazu zählt zum Beispiel das Blutzuckermessen, die Einschätzung der Lebensmittel, die Spritztechnik beim Insulin sowie etwa die Fähigkeit beim Nordic Walking die Belastung sinnvoll zu dosieren.

Die dritte - die affektive Ebene - befasst sich mit der Akzeptanz und der Motivation des Patienten (ebd.). Nur wenn es gelingt beim Patienten diese affektive Ebene zu erreichen und damit die Akzeptanz der Erkrankung und die Motivation zur Veränderung, besteht überhaupt eine Chance anhaltende Verhaltensänderungen in Aussicht zu haben. Schulende, die einen Weiterbildungs-Kurs von 3 halben Tagen absolviert haben, dürften hier kaum in der Lage sein, nachhaltige Veränderungen im Lebensalltag ihrer Patienten zu erzielen. Diese Veränderungen sind aber immens wichtig. Menschen mit Diabetes müssen Lebensmittel einschätzen können, müssen wissen, dass mehrere kleine Mahlzeiten gut für ihr Wohlbefinden sind. Sie müssen wissen, dass sie weniger Süßes und statt dessen mehr Gemüse essen sowie Gewicht abnehmen sollten, um, unterstützt durch mehr Bewegung, Blutdruck und Blutzucker auf natürliche Weise zu senken (Braun 2001). Diese Veränderungen zu erreichen ist möglich, wenn Qualität und Qualifikation der Schulung und Beratung stimmen.

Ein weiterer wesentlicher Punkt bei Schulungs- und Beratungsprozessen ist das Ziehen von Konsequenzen aus selbst gemessenen Ergebnissen. Es überrascht nicht, dass beispielsweise 31,8% der Patienten aus Urinzuckerselbstkontrollen keine Konsequenzen ziehen, während bei der Blutzuckerselbstkontrolle nur 11,9% nicht auf das Messergebnis reagieren (ebd.). Diese Daten decken sich mit denen der ROSO-Studie (Martin et al. 2006), die unter anderem zu dem Ergebnis

kommt: Blutzuckerselbstkontrolle sorgt für die Verbesserung von Lebenserwartung und -qualität und stärkt somit die Patientenautonomie.

In diesem Zusammenhang ist auch interessant, dass die Harnzuckerselbstkontrolle zu 66,5% einen Arztbesuch auslöst (Braun 2001). Diese Tatsache ist kein gutes Zeichen für die vorhandene Selbsthilfefähigkeit der Patienten. Wenn eine möglichst lang anhaltende Verhaltensänderung beim Menschen mit Diabetes angestrebt wird (machen andere Ziele überhaupt Sinn?), dann ist Schulung und Beratung durch erfahrene Fachkräfte gefragt.

Doch wie findet man als betroffener Patient die optimale Unterstützung? Hier hat die Gmünder Ersatzkasse mit ihrem GEK-Ratgeber Diabetes (GEK 2003) einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung getan. Der Ratgeber gibt wertvolle Tipps, wie man als Laie Fachkräfte in Sachen Schulung und Beratung finden kann. Fordern Sie geprüfte Qualität! Achten Sie auf die Zertifikate der deutschen Diabetes-Gesellschaft! Fragen Sie danach, ob eine Schwerpunktpraxis oder Klinik zertifiziert ist - am Besten nach den neuen Kriterien 2005/2006. Der Ratgeber stellt auch elementare Fragen: Werden Sie als Patient ernst genommen? War die Schulung als unverzichtbarer Teil der Behandlung befriedigend für Sie? Wurden Sie in der Behandlung als Partner angesehen? Wurden auf Ihre Anregungen und Ängste intensiv und ausführlich eingegangen? um nur die wichtigsten Hinweise zu nennen.

Dessen ungeachtet werden in den herkömmlichen Schulungen von 4 Unterrichtseinheiten noch immer Patienten mit Therapieempfehlungen und Handlungsanweisungen überfrachtet, die mit ihrer Lebenswirklichkeit wenig zu tun haben. Ausschließlich um das Pauken von Wissen geht es dort, nicht um die didaktisch aufbereitete Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten für das Alltagsleben. Derartige Schulungen sind nicht effektiv, da ihnen eine veraltete Didaktik zugrunde liegt (Kulzer

2006). In Deutschland wird derzeit bei Diabetes-Schulungen ein enormes Potenzial verschenkt. „Wir haben eine hervorragende Infrastruktur für die Schulungen, aber in der Umsetzung liegen deutliche Mängel. Um die hiesigen Rahmenbedingungen werden die Deutschen weltweit beneidet. Jeder Patient, der eine Schulung möchte, bekommt auch eine“ (ebd.).

Was muss anders werden? Es braucht mehr interaktive Einbeziehung der Patienten. Das muss von allen Schulenden unverzichtbar gefordert werden. Es braucht mehr Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten, damit sie Gutes und Besseres von Schlechterem unterscheiden können. Schulung ist keine Einmalveranstaltung, sondern stetige Begleitung. Dazu bedarf es gezielter Wiederholungsschulungen nach individuellem Bedarf. Fachkräfte in Sachen Schulung strukturieren ihr Curriculum so, dass genügend Raum bleibt für die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen. Das muss von allen, die sich mit Schulung befassen, strikt gefordert werden. Und nicht zuletzt bedarf es nachgewiesener Qualifikationen der Schulenden, damit bei Menschen mit Diabetes und anderen chronisch Kranken nicht die Chance auf nachhaltige Verhaltensänderung wegen Unvermögen und Unfähigkeit vertan wird.

2. Schulungs- und Beratungs-Strukturen: Qualität und Qualifikation der Versorgung

Der Vorsitzende der Deutschen Diabetes Union und Mitglied des Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus (NAFDM) Eberhard Standl wird nicht müde festzustellen: „Wir wissen gar nicht, wie gut oder schlecht wir unsere Patienten betreuen.“ Diese Aussage versteht der VDBD als Aufruf zu deutlich mehr Transparenz bei Qualität und Evidenz. Im Hinblick auf Schulung und Beratung muss konstatiert werden, dass es bisher kaum eine systematische, flächendeckende sowie koordinierte Erfassung von Evidenz und Qualität der Schulung und Beratung gibt. Zwar hat das Bundesversicherungsamt (BVA) „Kriterien zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ2“ ins Netz gestellt (BVA 2005), doch auf der Suche nach Qualitätskriterien ist lediglich zu lesen: „Zahl der veranlassenden Schulungen..., Zahl der Patienten, die Schulungen Diabetes bzw. Hypertonie wahrgenommen haben.“ Wesentliche Fragen bleiben unbeantwortet: Welchen Nutzen hat der Patient aus Schulung und Beratung gezogen? Was hat diese wichtige Intervention in seinem Alltag verändert? Für Schulungs- und Beratungsprofis ist das bloße Zählen von durchgeführten Schulungen völlig unzureichend. Es widerspricht ihrem Qualitätsempfinden, steht ihrem Selbstverständnis diametral entgegen!

Hinsichtlich der Qualitätssicherung von Schulung und Beratung wäre es weitaus hilfreicher, sich wenigstens auf einen Minimalkonsens zu einigen. Der könnte zum Beispiel darin bestehen:

- der Patient hat gelernt Lebensmittel zu beurteilen,
- den Blutzucker fehlerfrei zu bestimmen,
- Insulin richtig zu spritzen,
- sich im Alltag mehr zu bewegen und

- er ist messbar zufrieden mit seiner Schulung und Beratung.

All diese Parameter können unproblematisch erfasst werden. Es gibt fertige Evaluationsbögen. Allerdings ist diese Erfassung auch eine Zeit- und somit nicht minder eine Kostenfrage. Dennoch: Gute Schulung und Beratung von Fachkräften mit der Option nachhaltiger Verhaltensänderung endlich vom reinen Info-Transfer auch qualitativ unterscheiden zu können, wäre eine sinnvolle und für die Patienten überaus hilfreiche Weichenstellung.

Die Versorgungsstrukturen in der Diabetologie sind vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) im aktuellen Weißbuch Diabetes 2006 (Häussler et al. 2006) ausführlich dargestellt. Auch die VDBD-Mitglieder sind in diesen Strukturen vertreten und verrichten dort ihre Beratungs- und Schulungsarbeit. Zu 6% sind sie in DDG-zertifizierten Stoffwechsellzentren, Universitätskliniken und spezialisierten Krankenhäusern stationär tätig. Sie sind zu mittlerweile schon 37% in spezialisierten Diabetes-Schwerpunktpraxen, zu 34% in zertifizierten Allgemeinkrankenhäusern, zu 8% sogar bei diabetologisch versierten Hausärzten und zu 2% in ärztlichen Schulungsvereinen, die häufig von Hausärzten und Schwerpunktpraxen gemeinsam betrieben werden, vertreten (VDBD 2005). Dennoch findet eine intensive Schulung neu entdeckter Diabetiker in der Hausarztpraxis aufgrund mangelnder räumlicher und personeller Ressourcen nur selten statt, wie Häussler et al. (2006) anmerken.

Das wäre eigentlich kein Problem, da neu entdeckte Diabetiker in einer Diabetes-Schwerpunkt-Praxis in der Regel recht gut versorgt werden. Doch ist in diesem Zusammenhang „auch die mangelnde Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten sowie die fehlende Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgungsebene zu erwähnen“ (ebd.). Ob die fehlende Kooperationsbereitschaft durch falsche Honorierungskonzepte oder aus Angst, dass der Patient vom vermeintlichen Feindflug

nicht mehr in die Hausarztpraxis zurückkehrt verursacht wird, kann an dieser Stelle nicht abschließend beurteilt werden.

Fakt ist allerdings, dass die Zugangswege zur strukturierten Schulung zu fast 65% über den Arzt in der Praxis laufen und die Arztpraxis somit bei weitem der entscheidende Veranlasser von Schulung und Beratung ist (Braun 2001). Durch die Disease-Management-Programme Diabetes und KHK hat sich aktuell die durch Hausärzte veranlasste Quote von Patientenschulungen sicherlich nochmals deutlich verbessert. Es wäre nicht hinnehmbar, wenn durch obskure Vorbehalte neu entdeckte Menschen mit Diabetes keine professionelle Schulung erhielten. Insbesondere diese oftmals von Angst und Verunsicherung bestimmte Patientengruppe braucht kompetente Schulung und Beratung.

Hierfür ist allerdings nicht jede Diabetes-Schwerpunkt-Praxis ein sicherer Garant. Es liegen Ergebnisse einer aktuellen Benchmarkstudie vor, an der 447 Diabetes-Schwerpunkt-Praxen aus der gesamten Bundesrepublik teilgenommen haben, also fast 40% aller Schwerpunktpraxen überhaupt (Münscher et al. 2006). Die Studie zeigt, dass es in rund 30% der Schwerpunktpraxen keinen Diabetologen DDG gibt. Zudem zeigt die Untersuchung, dass in 5% der Diabetes-Schwerpunktpraxen mit Diabetologen DDG und in 43% der Schwerpunktpraxen ohne Diabetologen DDG weder eine Diabetesberaterin noch eine Diabetesassistentin zum Team gehören (ebd.).

Sucht ein Patient in eine spezialisierte Einrichtung in der Erwartung auf von Fachkräften geschult und beraten zu werden, kann das von einer durchaus größeren Anzahl so genannter Schwerpunktpraxen mangels Strukturqualität nicht gewährleistet werden. Auch hier gilt es mehr Transparenz zu schaffen. Der Patient hat ein Anrecht darauf erkennen zu können, welche Einrichtung für nachgewiesene Qualität bürgt.

Entweder - wie schon dargestellt - durch ein DDG-Zertifikat oder durch andere hochwertige Qualitäts- und Qualifikationsnachweise.

Zum Nutzen der Patienten muss die Kooperationsbereitschaft interdisziplinär und Sektoren übergreifend gefördert werden. Qualität und Qualifikation aller Leistungserbringer müssen für Patienten transparenter und somit erkennbarer werden. Diese Forderungen treffen insbesondere auf die Leistungen und Fähigkeiten in Schulung und Beratung zu.

3. Beratung und Begleitung in Zukunft: Betreuung in der Versorgungskette Diabetes

Wie kann sich Beratung und Begleitung chronisch Kranker zukünftig sinnvoll entwickeln? Der VDBD hegt hierzu eine Vision. Der Verband will bei Interventionen mitwirken, die greifen - schon bevor das Kind in den viel zitierten Brunnen gefallen ist. Das heißt, beim Nationalen Aktionsforum Diabetes und gegebenenfalls bei anderen Initiativen wollen VDBD-Mitglieder im Vorfeld von aufwendigen Krankheitsprozessen ihre Fähigkeiten zum Einsatz bringen, wollen lang anhaltende Lebensstiländerungen induzieren. Hierzu bedarf es neuer Konzepte, Strukturen und Mittel.

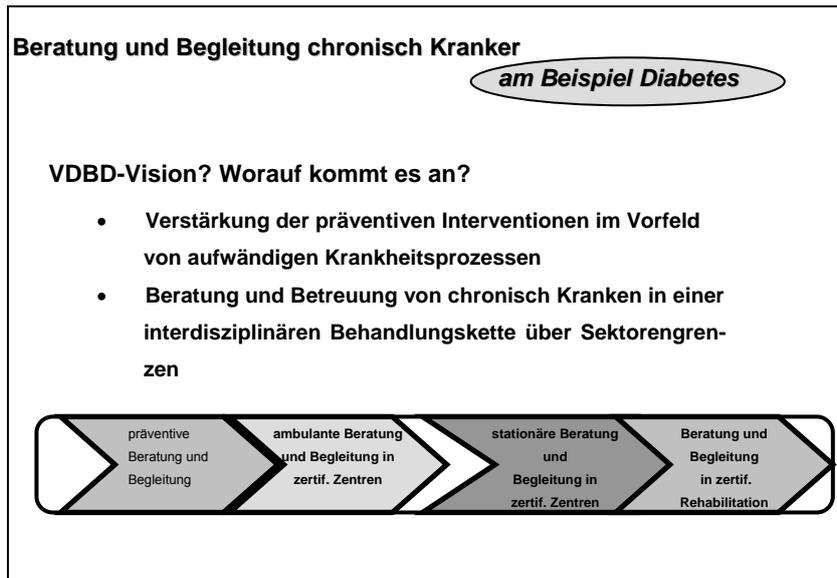
Eine weitere Vision ist die enge Einbindung von professioneller Schulung und Beratung in interdisziplinäre Behandlungsketten. Hier befindet sich der Verband mit seinen Intentionen recht deutlich im Bereich von neuen Konzepten der integrierten Versorgung. Deshalb sollte auf den Weg gebracht werden:

- die Einbindung möglichst vieler Fachgruppierungen wie beim NAFDM,
- ein breites Risiko-Screening und Frühintervention,
- eine Risiko-Stratifizierung von Hochrisiko-Patienten,

- interdisziplinäre Risikosprechstunden
- sowie die Sektoren übergreifende Zentrumsversorgung chronisch Kranker.

Dies zieht nach sich eine deutlich breitere und frühere präventive Beratung und falls erforderlich Begleitung, ebenso eine breite aber gezieltere ambulante Beratung und Begleitung in zertifizierten, qualitätsgesicherten Zentren. Geschehen muss dies in enger Kooperation und Verzahnung mit hochkompetenten stationären Einrichtungen, speziell im Hinblick auf die Fußversorgung. Eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Rehabilitationszentren ist hierfür unabdingbar. Und wenn besagte Vision noch in einer gemeinsamen Struktur realisiert werden könnte, wäre ein raumgreifender Schritt auf einem erfolgversprechenden Weg getan.

Abbildung 3: Beratung und Begleitung chronisch Kranker am Beispiel Diabetes



Wie sähe eine mögliche Aufgabenteilung in solchen innovativen Strukturen aus? Die dort beteiligten Ärzte würden beispielsweise in einer interdisziplinären Risikosprechstunde verantwortlich für die Diagnosestellung sein, für die Ersttherapie, für die im Team abgestimmte Formulierung des Behandlungsziels und sie würden letztlich die Erreichung des Therapieerfolgs überwachen. Kompetente Fachkräfte aus Schulungs- und Beratungsberufen könnten die kontinuierliche Begleitung des Patienten beim Transfer des Gelernten in den Alltag übernehmen und die einzelnen Prozesse wie Wissensvermittlung, Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Akzeptanz der Erkrankung und die Motivation zur Verhaltensänderung verantworten. In qualifizierten Diabetes-Schwerpunkt-Praxen ist das bereits gelebter Praxisalltag.

4. Fazit

Grundsätzlich gibt es keine Unterschiede zwischen der Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes und der von anderen chronisch Kranken. Alle Patienten, bei denen sich durch Änderung ihrer Lebensgewohnheiten die Prognose der Erkrankung oder des Risikos verbessern lässt, profitieren von der Arbeit erfahrener Schulungs- und Beratungsprofis. Beratungs- und Begleitungsprozesse in der Diabetologie sind demnach übertragbar auf andere chronische Erkrankungen. VDBD-Mitglieder können einen grundsätzlichen Beitrag leisten, indem sie Verhaltens- und Lebensstiländerungen induzieren sowie die Lebensqualität und die -prognose der Betroffenen verbessern helfen.

Schulungsprogramme und die strukturierte Schulung allein können Verhaltensänderung nicht erreichen. Sie sind lediglich Werkzeuge und Mittel zum Zweck. Es bedarf unverzichtbar der nachgewiesenen Qualität und Qualifikation der Beratenden und der mittelfristigen Begleitung in Form von Wiederholung und Auffrischung des Wissens, der Fähigkeiten und der Motivation.

Für zukünftige Projekte und Konzepte steht mit dem VDBD ein hochmotiviertes und kompetentes Team mit besonderen Kenntnissen und Fähigkeiten zur Verfügung. Der Verband will mit seinem flächendeckenden Beratungsnetzwerk gern mitarbeiten, wenn es um Weichenstellung für die Zukunft geht. Dies sehr gern in der gesamten Breite möglicher Interventionen, von der Prävention bis hin zur Rehabilitation. Qualität, Qualifikation und Patienteneinbeziehung müssen hierbei in den Mittelpunkt aller Betrachtung gerückt werden.

Warum ist das so wichtig? Der Mensch mit Diabetes soll eigenverantwortlich entscheiden können, wo und von wem er sich schulen und beraten und gegebenenfalls begleiten lässt. Damit der Patient diese Entscheidung sicher treffen kann, müssen Qualität und Qualifikation des

Angebots für ihn klar erkennbar sein. Der autonome Patient soll sich zu Lasten des Mittelmaßes für das Gute und Bessere entscheiden können. Diese Transparenz gilt für alle Schulungsanbieter, vor allem aber für Schulende und Beratende.

Literatur:

- Bott, U. (2000). Evidenzbasierte Leitlinie - Psychosoziales und Diabetes mellitus. Schriften der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) und des Deutschen Kollegiums Psychosomatische Medizin (DKPM), Düsseldorf
- Braun, B. (2001). Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. Asgard, St. Augustin
- BVA (Hrsg.) (2005). Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ2. www.bva.de/Fachinformationen/Dmp/Evaluation-Diabetes-2.pdf
- GEK Gmünder ErsatzKasse (Hrsg.) (2003). Mit uns geht's Ihnen gut. Diabetes mellitus - Ratgeber für ein besseres Verständnis. Mit der wissenschaftlichen Unterstützung und Beratung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Schwäbisch Gmünd
- Häussler, B. et al. (2006). Weißbuch Diabetes in Deutschland. Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven der Versorgung einer großen Volkskrankheit. Thieme, Stuttgart

Kulzer, B. (2006). „Schulungen für Diabetiker sind nicht effektiv.“ Ärzte Zeitung vom 21. 02. 2006

Martin, S., Schneider, B., Heinemann, L., Lodwig, V., Kurth, H.J., Kolb, H., Scherbaum, WA. and for the ROSSO Study Group (2006). Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes and long-term outcome: an epidemiological cohort study. *Diabetologia* 49: 271-278

Münscher, C., Braun, M., Lippmann-Grob, B., Körner, S., Potthoff, F. (2006). Einfluss der Qualifikation Diabetologe DDG auf die Struktur- und Prozessmerkmale einer ambulanten diabetologischen Versorgungseinheit. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* 2/2006: 19-32

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9: 1-25

VDBD (2005). Mitgliederbefragung - 952 Telefon-Interviews

Weitere empfehlenswerte Literatur:

- Anderson, R., Funell, M., Carlson, A. (2000). Facilitating selfcare through empowerment. In: Snoek, F.J., Skinner, T.C. (eds.) Psychology in diabetes care. Wiley, New York: 69-98
- Liebl, A., Spannheimer, A., Reitberger, U. et al. (2002). Kosten für Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland. Ergebnisse der CODE-2-Studie. Medizinische Klinik 97 (12): 713-719
- Martin, S., Schneider, B., Heinemann, L., Lodwig, V., Kurth, H.J., Kolb, H., Scherbaum, W.A. (2005). Assoziation von Selbstmessung der Blutglukose (SMBG) bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mit Morbidität und Mortalität. Diabetes 54 (Suppl. 1): A75
- Petermann, F., Mühlig, S. (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In: Petermann, F. (Hrsg.) Compliance und Selbstmanagement. Hogrefe, Göttingen. 73-102
- Rothenbacher, D., Rüter, G., Saam, S. et al. (2002). Versorgung von Patienten mit Typ 2-Diabetes. Ergebnisse aus 12 Hausarztpraxen. Deutsche Medizinische Wochenschrift 127 (22): 1.183-1.187

Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J.G. et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 344 (18): 1.343-1.350

Hilfreiche Links

Deutsches Diabetes-Zentrum

www.ddz.uni-duesseldorf.de

www.diabetes-care-monitor.de

Gesundheitsziele

www.gesundheitsziele.de

Informationssystem zum Diabetes mellitus

www.diabetes-deutschland.de

Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus Typ 2

www.leitlinien.de/versorgungsleitlinien/index/diabetes/vien

Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe
in Deutschland e.V. (VDBD)

www.vdbd.de

Daten für Taten – was kann die GEK zur Entwicklung von neuen Versorgungsstrukturen beitragen?

Thomas Schürholz

Anmerkung: Alle hier vorgestellten Auswertungen erfolgten in Kooperation mit dem ISEG-Institut, Hannover

1. Einleitung

Die medizinische Versorgung und ihr medizinisch-technischer Fortschritt kosten ihre Versicherten viel¹. Computer werden immer leistungsfähiger und trotzdem nicht teurer. Kann das nicht auch für neue Medikamente, Diagnostika und Prozeduren in der medizinischen Versorgung gelten? Auf der Systemebene des Gesundheitswesens führen viele neue Verfahren bei spürbaren Verbesserungen bereits zu Einsparungen, z.B. durch geringere Komplikationsraten, kürzere Verweildauern im Krankenhaus, Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten oder längeres krankheitsfreies Leben. Innovationen, die einen messbaren Zusatznutzen haben, belasten (zunächst) das Gesundheitssystem, können unter dem Strich aber durchaus gute Investitionen sein. Allerdings fehlen oft aussagefähige Studien, die neben dem medizinischen Nutzen auch die sozialen, wirtschaftlichen und versorgungsstrukturellen Wirkungen einer Innovation einschließen. Neue Therapien sind häufig

¹ Der Begriff „*medizinisch-technischer Fortschritt*“ bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche und Prozesse. Er umfasst Innovationen bei Arzneimitteln, Geräten, medizinischen Verfahren und Prozeduren sowie Organisations- und Managementsystemen.

„add-ons“, sie ersetzen die alten Therapien nicht, sondern kommen noch oben drauf. In der Krebstherapie werden z.B. die Antikörper zusätzlich zu den etablierten Chemotherapeutika eingesetzt.

Ein Mensch, der länger lebt, hat zwar auch mehr Gelegenheit, krank zu werden und medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das aber wird nicht selten dadurch kompensiert, dass das letzte Lebensjahr alter und sehr alter Menschen sogar billiger wird, weil manche Eingriffe wegen der Belastung des Patienten nicht mehr in Frage kommen. Es ist nicht das Alter selbst, das wirklich kostspielig ist, sondern das letzte Jahr eines Lebens. Nicht der medizinische Fortschritt per se ist der Kostentreiber im Gesundheitswesen, sondern das Zusammenspiel aus Mengenausweitung und einzelnen teuren Mitteln und Verfahren.

Jeder Einzelne hat eine zumindest theoretische Chance, von neuen und teuren Verfahren wie auch ihrer Ausdehnung in der Menge zu profitieren. Eine Magnetresonanztomografie, die zu Beginn ihrer Anwendungsreife in den siebziger Jahren nur wenigen Patienten zur Verfügung stand, kann heute bei entsprechender Indikation von praktisch allen Patienten in Deutschland in Anspruch genommen werden. Politisch liegt dieser Verbreiterung der Verfügbarkeit von teuren Verfahren ein mehr oder weniger bewusster Entscheidungsprozess zu der Frage zugrunde, was wir uns als Gesellschaft leisten wollen und was nicht. Diese Diskussion ist eine Daueraufgabe, und aus Sicht der GEK ist es zu begrüßen, wenn versucht wird, die Abwägung zwischen dem Wünschbaren und dem Finanzierbaren etwa über Kosten-Nutzen-Vergleiche transparent zu machen.

Die Weiterentwicklung eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems von morgen erfordert geeignete Instrumente für eine kontrollierte Einführung und Verbreitung des notwendigen medizinisch-technischen Fortschritts. Darauf hat der Gesetzgeber in einem ersten Schritt sowohl mit der Förderung von Leitlinienentwicklung und Evidenz-basierter Me-

dizin als auch institutionell mit der Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der Anpassung der Kompetenzen des gemeinsamen Bundesausschusses (GbA), denen die Bewertung von Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Verfahren obliegen, reagiert.

Genau so ist dafür zu sorgen, dass Unter-, Über- und Fehlversorgung aufgedeckt und abgebaut werden. Gerade hier können die Krankenkassen mit ihren Routinedaten einen aktiven Beitrag zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Diese Routinedaten fallen aus verschiedenen Leistungsbereichen entweder im Rahmen der Abrechnung von Leistungen (Arzneimittel, Krankenhaus, Heil- und Hilfsmittel) oder aufgrund entsprechender gesetzlicher Vorschriften an (§ 295 SGB V, Datenlieferung der Kassenärztlichen Vereinigungen über die ambulante Behandlung der GEK-Versicherten). Darüber hinaus pflegt die GEK eigene Dateien. In dem uns hier interessierenden Zusammenhang ist z.B. das Stammverzeichnis der bei der GEK versicherten Personen von Bedeutung, das für die pseudonymisierten Auswertungen wichtige Angaben zum Alter und zum Geschlecht der betrachteten Versicherten enthält, aber keinen Rückschluss auf die konkrete Person ermöglicht.

Getrennt vom operativen Bestand hat die GEK so die Möglichkeit geschaffen, einen Teil der Routinedaten zu pseudonymisieren und für dispositive Datenverarbeitungen und Auswertungen zur Verfügung zu stellen.

2. Verknüpfung von Daten verschiedener Leistungsbereiche

Der wissenschaftliche Wert dieser Daten resultiert vor allen Dingen daraus, dass Informationen aus unterschiedlichen Bereichen unter Wahrung des Datenschutzes (Pseudonymisierung) personenbezogen verknüpft und analysiert werden können.

Vor diesem Hintergrund hat die GEK, neben der Entwicklung der internen Voraussetzungen, sehr früh auch externen wissenschaftlichen Experten- und Sachverstand in die Untersuchungen mit eingebunden (siehe Kasten) und mit diversen jährlich erscheinenden GEK-Reporten schon in den neunziger Jahren beispielhaft Zeichen gesetzt.

Reporte (GEK-Edition)

- GEK-Gesundheitsreport (seit 1998)
- GEK-Report akut stationäre Versorgung (seit 2005)
- GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung (seit Herbst 2006)
Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, ISEG-Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover und Medizinische Hochschule Hannover
- GEK-Arzneimittel-Report (seit 2001)
- GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report (seit 2004)
Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

(Auswahl der wichtigsten Bände der GEK-Edition)

Die GEK kann nunmehr versichertenbezogen über alle wesentlichen Leistungsbereiche (Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken etc.) hinweg Aussagen zu Diagnosen, Art und Umfang der Therapie und den Kosten treffen und diese, je nach Fragestellung, auch in Beziehung zur Gesamtheit der Bevölkerung setzen.

Gerade weil bei einem Arztkontakt medizinische Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems veranlasst wird (Diagnostik, Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Therapie, Vorsorge, Überweisung, Einweisung ins Krankenhaus, Krankentransport, Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen etc.), nimmt er eine initiiende und zentrale Stellung für die Inanspruchnahme des gesamten Gesundheitssystems ein.

Leider sind die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ihrer Verpflichtung zur Datenlieferung bis heute nicht nachgekommen, so dass die im zahnärztlichen Bereich entstandenen versichertenbezogenen Kosten bisher nicht erfasst werden können.

3. Medizinische Versorgung braucht Transparenz

Die häufig beschriebene erhebliche Schiefe in der Ausgabenverteilung der Leistungen der Krankenkassen, wenn man sie nach den einzelnen Versicherten betrachtet, ist die Voraussetzung für die Entstehung und Notwendigkeit der Krankenkassen. Erst die Existenz großer und für den Einzelnen untragbarer Risiken macht die Bildung einer solchen Risikogemeinschaft notwendig und sinnvoll. Dabei kommt der Solidargemeinschaft Krankenkasse gegenüber ihren schwer kranken und "teuren" Mitgliedern eine doppelte Aufgabe zu:

Für die Gesundung oder jedenfalls die Minderung von Leid dieser Menschen sind die notwendigen Mittel erstens jederzeit aufzubringen. Zur

Schonung der Ressourcen aller ist es zweitens legitim und im Interesse der Versicherungsgemeinschaft notwendig, nicht nur große Ausgabenblöcke für die in der Summe **teuersten Erkrankungen** bzw. deren Unter-, Über- und Fehlversorgung zu durchschauen und schrittweise in ihrer Behandlungsqualität und Effizienz zu steigern, sondern auch **kostenintensive einzelne Patienten** mit ihren Diagnosen transparent zu machen, um für sie unter gleichen Gesichtspunkten Verbesserungsmöglichkeiten zu erschließen.

Inwieweit dies mit automatisierbaren Bordmitteln schon heute versichertenbezogen bei der GEK möglich ist, war Gegenstand einer Untersuchung in Kooperation mit dem ISEG-Institut in Hannover, welches die wesentlichen der hier vorgestellten Berechnungen durchführte.

Fragestellung und Ziel

1. Welche Versicherten sind mit sehr hohen Ausgaben assoziiert?
 - Wie kann diesen Ausgaben, unter Einbezug der ambulant ärztlichen Daten, automatisiert die kostenrelevante Diagnose zugeordnet werden?
2. Wie können die krankheitsspezifischen Ausgaben großer Volkskrankheiten modellhaft erfasst werden? Beispiel: Diabetes mellitus

4. Methodisches Vorgehen

ad 1) Es wurden die Daten sektorenübergreifend verknüpft (siehe Tabelle 2), sofern zu dem einzelnen Versicherten mindestens ein Versicherungstag mit Leistungsanspruch in 2004 dokumentiert war. Diese Bedingung erfüllten **1.478.387 Versicherte**.

ad 2) Die nachfolgend dargestellten Auswertungen beschränken sich auf Versicherte, die nach den vorliegenden Daten mehr als 182 Tage innerhalb des Jahres 2004 bei der GEK versichert waren, um Fälle mit geringen Ausgaben bei nur kurzzeitiger Mitgliedschaft in der GEK in einfacher Form auszuschließen. Über eine dokumentierte Versicherungszeit von mehr als 182 Tagen in 2004 verfügten **1.402.482 Versicherte**. Der weit überwiegende Teil der Versicherten war durchgängig bei der GEK versichert, so dass die dokumentierten Versicherungszeiten bei durchschnittlich 358 Tagen je Person lagen (entsprechend 97,8% der Kalendertage 2004).

Für die versichertenbezogenen dokumentierten Ausgaben im Jahr 2004 wurde in der ambulant-ärztlichen Behandlung beider Gruppen ein approximativer durchschnittlicher Punktwert kalkuliert. Dabei wurden die Ausgaben der GEK für den ambulanten Bereich gemäß KJ1-Statistik 2004, abzüglich von vorrangig direkt an Versicherte erstattete Ausgaben sowie Leistungsausgaben zu EBM-Ziffern, die primär über Geldbeträge abgerechnet werden, kalkuliert. Diese Summe wurde durch die dokumentierte Punktsomme gemäß KV-Daten dividiert. Damit ergab sich ein fiktiver Punktwert, der zur Kalkulation der individuellen Ausgaben verwendet wurde.

5. Versichertenbezogene Verteilung von Ausgaben im Jahr 2004

Vor einer Abgrenzung von ausgabenintensiven Versicherten erscheint ein Blick auf die allgemeine versichertenbezogene Verteilung der Leistungsaufwendungen sinnvoll. Für die nachfolgende Tabelle 1 wurden alle Versicherten des Jahres 2004 entsprechend der versichertenbezogen erfassten Leistungsaufwendungen der GEK Ausgabenpercentilen, also insgesamt 100 Ausgabengruppen, zugeordnet.

Zu 10% aller Versicherten waren keinerlei Aufwendungen innerhalb des Jahres 2004 dokumentiert. Bei der Hälfte der Versicherten beliefen sich die dokumentierten Ausgaben im Jahr 2004 auf weniger als 246 Euro, 70% aller Versicherten lagen hinsichtlich der dokumentierten Ausgaben unter einer Grenze von 567 Euro. Insgesamt entfielen auf diese 70% der Versicherten nur 9,8% aller Ausgaben.

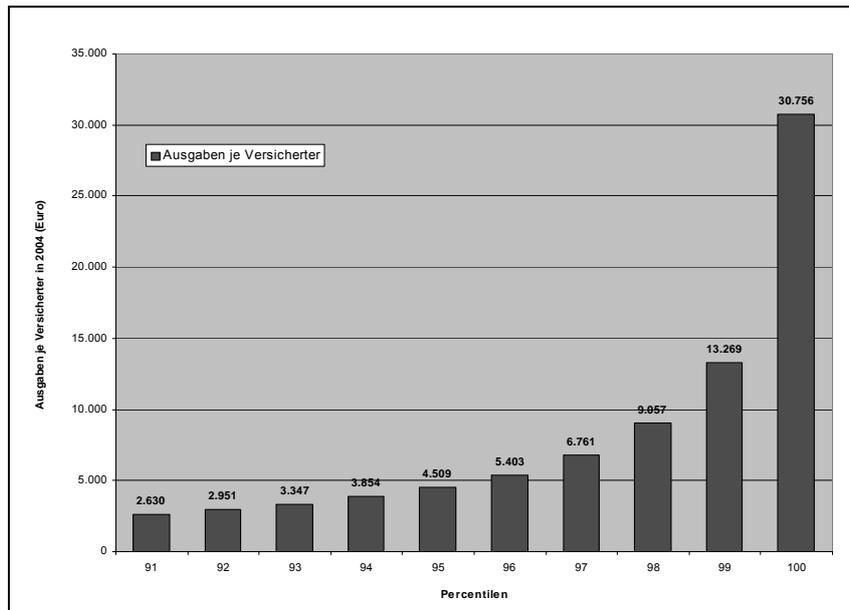
Tabelle 1: Ausgaben pro Percentile 2004

	Anteil der Versicherten	Aufwendungen in Euro/Person/Jahr	Anteil an Gesamt- ausgaben
günstige Versicherte	10%	keine	
	70%	< 567	9,8%
teure Versicherte	10%	> 2.468	70,3%
	5%	> 4.904	55,6%
	1%	> 16.780	26,2%

Lediglich 10% der Versicherten verursachten Pro-Kopf-Ausgaben von mehr als 2.468 Euro und waren damit für 70,3% der Gesamtaufwendungen verantwortlich. 5% überschreiten die Grenze von 4.904 Euro und

sind für 55,6% der Ausgaben verantwortlich – 4% verursachen mit 51% noch mehr als die Hälfte der Gesamtausgaben. Auf die 1% "teuersten" Versicherten entfallen immerhin noch 26,2% der Gesamtausgaben, also mehr als ein Viertel. Pro Kopf wurden in dieser Gruppe Ausgaben von mehr als 16.780 Euro erfasst, im Mittel waren es in dieser Gruppe 30.756 Euro (Abbildung 1).

Abbildung 1: Durchschnittsausgaben/Versicherter/Percentile in 2004, 10% teuerste Versicherte



6. Versicherte mit hohen Ausgaben

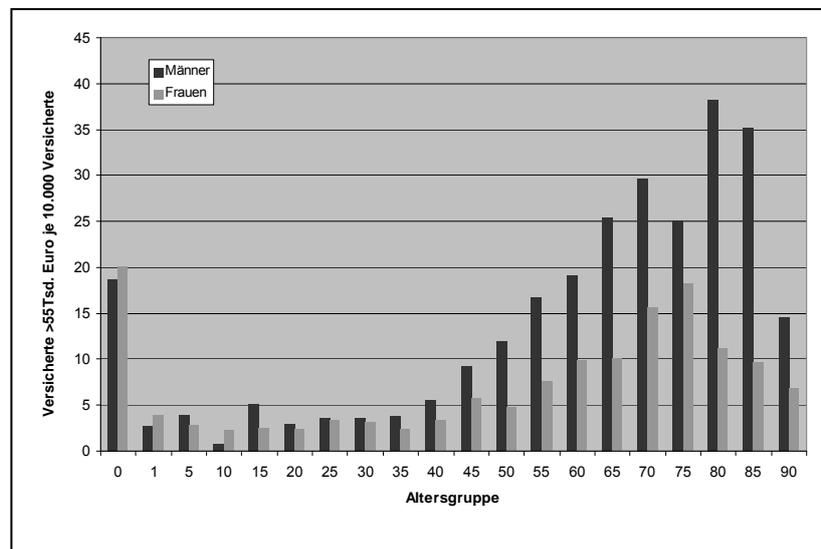
6.1 Versicherte mit hohen Ausgaben – erste Eingrenzung und Basismerkmale

Abbildung 1 stellt Basismerkmale der 10% teuersten Versicherten dar.

Innerhalb der teuersten Ausgabenpercentile wurden für die Gruppe der rund 1.000 teuersten Patienten (das entspricht 0,7 Promille der GEK-Population oder genau 1.031 Versicherten) Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von mindestens 55 Tsd. Euro und Jahr erfasst. Dieser kleinen Gruppe sind 5,3% der versichertenbezogenen Gesamtausgaben zuzurechnen.

Den Anteil dieser Versicherten, nach einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen differenziert, zeigt Abbildung 2.

Abbildung 2: Anteil Versicherte mit > 55 Tsd. Euro Gesamtausgaben 2004 in Geschlechts- und Altersgruppen



warum ab dem Alter 30 die Anteile der Männer über denen der Frauen liegen, dürfte neben der GEK-typischen Versichertenstruktur auch in der bei gleichem Alter etwa doppelt so hohen einjährigen Sterbewahrscheinlichkeit von Männern gegenüber Frauen begründet sein. Diese Verdopplungsrelation lässt sich in den Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes mit geringen Schwankungen für fast alle Altersgruppen zwischen 35 und 75 Jahren ablesen, erst im höheren Alter nähert sich die Sterbewahrscheinlichkeit der Männer derjenigen der Frauen. Die höheren Ausgaben im Zusammenhang mit dem Tod und in den letzten 12 Monaten davor fallen also bei den Männern früher an als bei den Frauen. Der überwiegende Teil insbesondere der betroffenen männlichen Versicherten (79%) war zwischen 35 und 79 Jahre alt.

6.2 Versicherte mit hohen Ausgaben – weitere Charakterisierung

Die nachfolgende Tabelle gibt zunächst Auskunft über die Verteilung der durchschnittlich 89 Tsd. Euro versichertenbezogen erfassten Ausgaben auf einzelne Kontengruppen in der Gruppe der 1.031 Personen mit mindestens 55 Tsd. Euro Gesamtausgaben. Zusätzlich wird der Anteil der Personen angegeben, der in dieser Gruppe von spezifischen Ausgaben in einzelnen Kontengruppen betroffen ist (nicht jeder Patient muss Ausgaben in allen Bereichen verursachen). Schließlich werden ergänzend die durchschnittlichen Ausgaben bei betroffenen Personen für einzelne Kontengruppen angegeben (also z.B. durchschnittliche Fahrtkosten in Bezug auf die Patienten, bei denen jemals innerhalb des Jahres 2004 Fahrtkosten erfasst wurden).

Tabelle 2: Ausgabenintensive Versicherte: Verteilung von Ausgaben auf Kontengruppen

Leistungsart (Kontengruppe)	Ausgaben je Person (MW)	Anteil an den Gesamtausgaben	Rate der Inanspruchnahme	Mittlere Ausgaben bei Betroffenen
Ärztliche Behandlung (40)	5.789	6,5%	97,9%	5.916
Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen (43)	19.302	21,8%	96,0%	20.101
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen, Behandlung durch sonstige Heilpersonen (44+45)	2.546 + 623	3,6%	73,9%	4.288
Krankenhausbehandlung (46)	52.081	58,7%	92,2%	56.462
Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld (47)	3.507	4,0%	28,2%	12.425
Aufwendungen für Leistungen im Ausland / Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht (48)	122	0,1%	1,5%	8.364
Fahrkosten (49)	2.293	2,6%	80,0%	2.866
Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter (50)	296	0,3%	4,2%	7.105
Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe (51)	15	0,0%	3,9%	391
Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben (52)	2	0,0%	1,4%	167
Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (53)	5	0,0%	0,1%	5.223
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen (54)	41	0,0%	6,2%	657
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (55)	106	0,1%	0,4%	27.445
Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege (56)	1.514	1,7%	21,5%	7.029
Sonstige Leistungen (59)	487	0,5%	29,9%	1.630
Gesamtausgaben (40-59 ohne 41 und 42; in Kontengruppen 57 und 58 wurden keine Ausgaben erfasst)	88.730	100%		

n = 1.031

Mehr als die Hälfte aller dokumentierten Ausgaben entfallen in dieser Versichertengruppe auf Krankenhausbehandlungen (durchschnittlich 52 Tsd. Euro je Person bzw. 58,7% der Gesamtausgaben), wobei mehr als

90% der Personen innerhalb des Jahres 2004 auch im Krankenhaus behandelt wurden bzw. entsprechende Abrechnungsbeträge aufweisen. Noch höhere "Behandlungsraten" finden sich lediglich im Hinblick auf die ambulante Behandlung sowie Arzneiverordnungen, von denen nach Abrechnungsdaten 97,9% bzw. 96,0% der Versicherten aus der betrachteten Gruppe mit hohen Ausgaben betroffen waren.

7. Diagnosen

Ein wichtiges Ziel der hier vorgenommenen Auswertungen besteht darin, Erkrankungen bzw. Diagnosen zu identifizieren, die beim einzelnen Versicherten mit der Entstehung hoher Ausgaben in engem Zusammenhang stehen. Hinweise auf Erkrankungsdiagnosen finden sich potentiell in einer Reihe von verfügbaren Daten.

Einen auf den ersten Blick verhältnismäßig unkomplizierten Zugang liefern Daten zu Krankenhausaufenthalten, da diese nicht nur eine Vielzahl von Diagnoseangaben enthalten, sondern zu jedem Krankenhausaufenthalt auch eine Hauptbehandlungsdiagnose spezifiziert werden muss. Zumindest bei einer patientenspezifischen Datenkonstellation mit a) Informationen zu Krankenhausbehandlungen in 2004 und b) anteilig maßgeblich relevanten Behandlungskosten im Rahmen einer einzelnen Behandlung oder bei mehreren Behandlungen unter der selben Diagnose sollte die Zuweisung der vorrangig verantwortlichen Behandlungsanlässe relativ eindeutig möglich sein.

Zu den 1.031 Versicherten ließen sich in aktuellen Daten zum stationären Leistungsgeschehen insgesamt Angaben zu 5.086 Behandlungsfällen in Krankenhäusern innerhalb des Jahres 2004 mit Angabe einer Hauptdiagnose identifizieren (inklusive vor- und teilstationäre Aufenthalte), die sich auf 944 Versicherte verteilten (entsprechend einem Anteil

von 91,6% der Versicherten). Die Versicherten waren durchschnittlich also etwa fünf mal innerhalb des Jahres in einer stationären Behandlung – bei den 944 Betroffenen wurden Krankenhausbehandlungen unter durchschnittlich 2,7 verschiedenen *Hauptdiagnosen* auf 3-stelliger ICD10-Ebene durchgeführt. Selbst eine Beschränkung auf Hauptentlassungsdiagnosen von Krankenhausaufenthalten liefert entsprechend nicht automatisch „*die* Hauptkrankung“. Vor diesem Hintergrund wurde in einem weiteren Auswertungsschritt zunächst personenbezogen die 3-stellige ICD-Hauptdiagnose bestimmt, auf die bei Aufenthalten im Jahr 2004 die höchsten Ausgaben (im Rahmen einer oder mehrerer Behandlungen unter derselben Diagnose) entfielen.

7.1 Diagnosezuordnung bei kostenintensiven Versicherten insgesamt

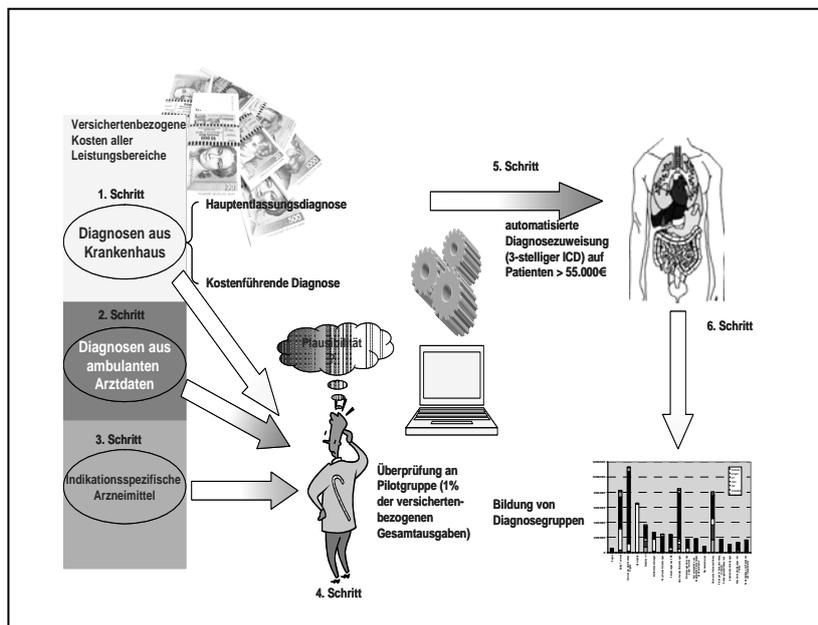
Ambulante Diagnosen werden im Rahmen der kassenärztlichen Behandlung innerhalb eines Quartals ohne genauere Zeitangabe und – im Gegensatz zur Situation bei der stationären Versorgung – ohne Kennzeichnung einer vorrangigen Diagnose erfasst. Zu 1003 der 1031 Versicherten mit hohen Ausgaben lag mindestens eine Diagnoseangabe vor. Insgesamt wurden 46.408 gültige Diagnoseschlüssel im Jahr 2004 im Rahmen der ambulanten Versorgung für diese Population erfasst, darunter auf Versichertenebene 17.701 unterschiedliche 3-stellige Diagnoseschlüssel, d.h. bei den 1003 Patienten mit ambulanter Behandlung wurden durchschnittlich 17,6 unterschiedliche Diagnosen erfasst.

Aufgrund der Vielzahl von Diagnosen ist die Festlegung einer vorrangig relevanten Diagnose – auch abgesehen von Fällen, bei denen bei intensiver Betrachtung inhaltlich korrekt am ehesten von Multimorbidität gesprochen werden müsste – nicht trivial. Dies gilt insbesondere, wenn

zumindest eine vorläufige Zuordnung automatisiert, d.h. zunächst ohne Eingriffe des Datennutzers, erfolgen soll.

Hierzu wurde beispielhaft für die Patienten mit mindestens 55 Tsd. Euro Pro-Kopf-Ausgaben pro Jahr ein Algorithmus entwickelt, der sowohl die Hauptdiagnose mit den höchsten dokumentierten Krankenhausbehandlungskosten als auch die ambulanten Diagnosen berücksichtigte (Abbildung 3). Dadurch war es möglich allen Patienten eine Diagnose zuzuordnen, die sich im überwiegenden Teil der Fälle auch nach Sichtung weiterer patientenbezogener Informationen als plausible Zuordnung eines Hauptbehandlungsanlasses erwies.

Abbildung 3: Bestimmung des Algorithmus und Zuordnung der kostenrelevanten Diagnose



Zwangsläufig kann dieses automatisierte Vorgehen nicht in jedem Fall perfekte Ergebnisse liefern, da sich durch die Festlegung auf eine einzelne maßgebliche Haupterkrankung, gerade bei Rückgriff auf komplette Patientendokumentationen, Diskussionsbedarf ergeben kann.

Daher kann im Fallmanagement auf eine Einzelfallkontrolle auch in Zukunft nicht ganz verzichtet werden, wenngleich sich durch das vorgestellte Verfahren eine erhebliche Effizienzsteigerung des Verfahrensablaufs mit spezifischen Einblicken in die Kostenverteilung ergibt.

Die zugeordneten vorrangig relevanten Diagnosen der 1031 Versicherten verteilten sich auf ein relativ weites Spektrum mit 273 unterschiedlichen 3-stelligen ICD10-Diagnosen, die in Diagnosegruppen zusammengefasst wurden.

Abbildung 4: Sektorenübergreifende Kosten-Verteilung auf Diagnosegruppen in Euro

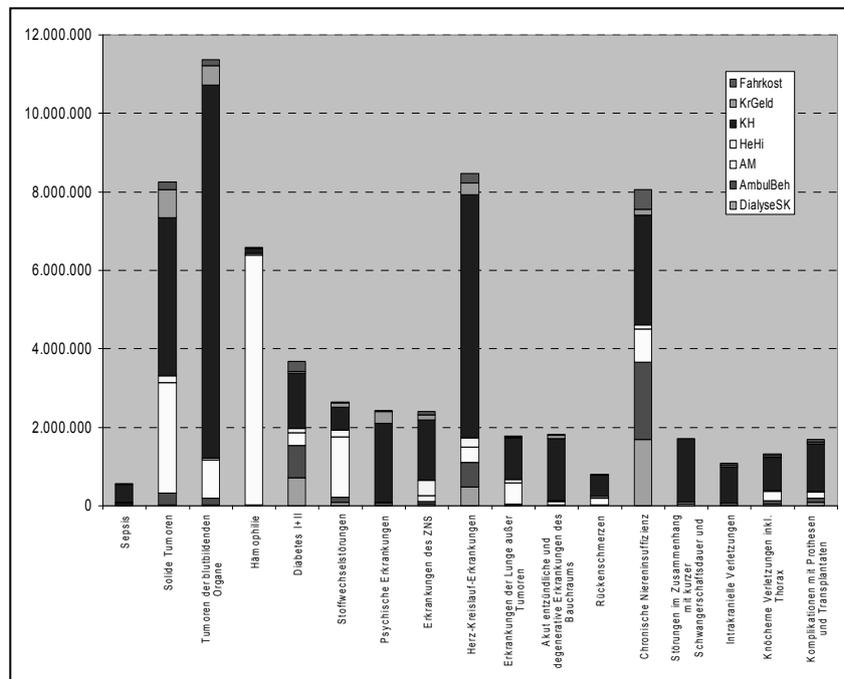


Abbildung 5: Sektorenübergreifende Kosten-Verteilung pro Versicherter und Diagnosegruppe in Euro

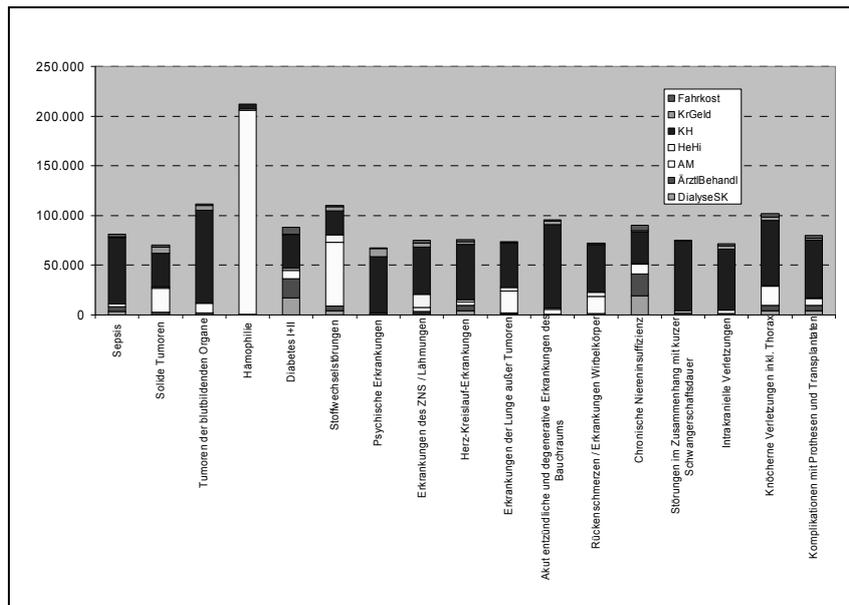


Abbildung 4 und 5 zeigen die Kostenverteilung bei den Diagnosegruppen und beim einzelnen Versicherten auf. Dabei wird nach folgenden Leistungsarten unterschieden: Fahrtkosten, Krankengeld, Krankenhausbehandlung, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel, ambulant ärztliche Behandlung und Dialysesachkosten.

Unter den 1031 Personen mit Diagnosezuordnung fanden sich bei 17% Hinweise auf eine längerfristige Dialyse im Sinne von hohen ambulanten Dialysesachkosten, 12% erhielten einzelne recht teure Arzneimittel, bei 14% machten die dokumentierten Arzneimittelausgaben mindestens die Hälfte der versichertenbezogen erfassten Gesamtausgaben aus. Durch-

schnittlich wurden bei den Personen 17,6 unterschiedliche Diagnosen im Rahmen der ambulanten Behandlung erfasst und Krankenhausaufenthalte unter 2,7 unterschiedlichen Hauptdiagnosen registriert. 26%, also gut ein Viertel der Personen war bis Ende 2005 verstorben.

Eine Kommentierung der Ergebnisse zu allen einzelnen Diagnosen ist an dieser Stelle nicht möglich und vor dem Hintergrund der oftmals kleinen Fallzahlen überwiegend auch nicht sinnvoll. Zumeist zeigen sich relativ schlüssige Ergebnisse. Nachfolgend sollen nur einige Resultate **exemplarisch** herausgegriffen werden.

- Mit 89 Fällen die am häufigsten zugeordnete Diagnose ist unter den ausgabenintensiven Versicherten die „Chronische Niereninsuffizienz“. Zu mehr als 80% der Personen werden in ambulanten Daten Dialysesachkosten erfasst, auf Krankenhausbehandlungen entfallen etwa die Hälfte der dokumentierten Ausgaben.
- Die Diagnose „Faktor-VIII-Mangel“ wird bei 31 Personen automatisiert zugeordnet, in 100% der Fälle sind (erwartungsgemäß) Arzneiausgaben maßgeblich für die hohen Ausgaben verantwortlich. Die Gesamtausgaben sind mit mehr als 200 Tsd. Euro je Patient und Jahr innerhalb der Gruppe von ausgabenintensiven Versicherten ausgesprochen hoch, das Durchschnittsalter liegt mit 26 Jahren recht niedrig.
- Mit 24 Zuordnungen liegen die sogenannten Stoffwechselstörungen bei den Arzneimittelausgaben absolut auf Platz 3, bezogen auf den einzelnen Patienten auf Platz 2.
- 23 Fälle wurden der Diagnose „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse“ zugeordnet. Bemerkenswert erscheint, dass die hohen Ausgaben bei diesen Patientinnen weit überwiegend aus Arzneimittelausgaben resultieren.

- Gleichfalls 23 Fälle resultieren offensichtlich aus einer Frühgeburtlichkeit.
- Bei 20 Versicherten wurde die Diagnose Diabetes Typ II zugeordnet. Zusätzlich finden sich 15 Versicherte mit nicht näher spezifiziertem Diabetes und 7 Versicherte mit Typ I Diabetes. Auffällig ist, dass mehr als die Hälfte der Patienten aus allen drei Gruppen nachweislich dialysiert wurden, also auch unter dem Label "Niereninsuffizienz" klassifiziert werden könnten. Vermutlich dürfte ein nicht unerheblicher Teil dieser Patienten an einer diabetischen Nephropatie leiden, also einer Niereninsuffizienz als Folge des Diabetes, weshalb die Zuordnung zur Diagnose „Diabetes“ zumindest keinesfalls grundsätzlich falsch ist.
- Bei einer Diagnose „Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge“ resultieren unter den 16 zugeordneten Personen vorrangig stationäre Ausgaben. Offensichtlich und nicht unerwartet ist die hohe Sterblichkeit von mehr als 50% bis Ende 2005 in dieser Gruppe. Hohe Mortalitätsraten finden sich in der Gruppe der kostenintensiven Versicherten u.a. auch bei einer Zuweisung der Diagnosen „Bösartige Neubildungen des Gehirns“, BN des Magens, „Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom“, „Herzinsuffizienz“ sowie bei „Sekundäre bösartige Neubildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane“.

7.2 Diagnosebezogene Behandlungskosten

Neben der automatisierten Zuordnung von Diagnosen zu den teuersten Patienten (welche Diagnosen sind mit extrem hohen versichertenbezogenen Ausgaben assoziiert?) ist der Überblick über die Behandlungskosten der großen Volkskrankheiten (welche abhängigen Kosten sind der einzelnen Diagnose zuzuschreiben?) eine essentielle Voraussetzung für das Medizinische Versorgungs-Management, die mit dem Vorliegen der digitalisierten ambulant-ärztlichen Daten sektorenübergreifend geschaffen wurde.

Die Ermittlung von geschlechts- und altersspezifischen Behandlungskosten bilden eine wesentliche Grundlage für die Kalkulation von diagnosebezogenen Kosten bzw. Ausgaben, die hier nach dem so genannten **Nettokostenansatz** bzw. als attributive Kosten berechnet werden.

Für die Berechnung sind drei für Geschlechts- und Altersgruppen separat durchgeführte Auswertungsschritte wesentlich:

- Bestimmung des Anteils der Population, der von einer Erkrankung im Sinne der gewählten Ziehungskriterien betroffen ist
- Berechnung der Ausgaben in der Subgruppe der Betroffenen (**abhängige Kosten**)
- Berechnung der Ausgaben in der Subgruppe der Nicht-Betroffenen (**unabhängige Kosten**)

Der hier verwendete Nettokostenansatz besitzt den Vorteil, dass alle erfassten Kosten ohne willkürliche Eingriffe und gesonderte Annahmen einer Diagnose zugeordnet werden können, ohne dass dazu für jede einzelne Leistungserbringung ein Zusammenhang mit der Diagnose überprüft werden muss. Implizit erfasst der Nettokostenansatz dabei alle Leistungen, die mit dem im Einzelfall festgelegten Erkrankungs- bzw.

Selektionsmerkmal assoziiert sind (hier durch die entsprechende Stratifizierung unabhängig vom Alter und Geschlecht der Betroffenen).

Ein gewisser Nachteil des Ansatzes kann darin gesehen werden, dass Kosten, die für unterschiedliche Erkrankungen ermittelt wurden, nicht einfach summiert werden dürfen, sofern diese untereinander assoziiert sind (was häufig der Fall ist). Diabetes stellt beispielsweise einen Risikofaktor für eine Reihe von Herz-Kreislaufkrankungen, Augenerkrankungen sowie Nierenerkrankungen dar, deren Kosten in Berechnungen nach dem Nettokostenansatz, sofern sie mit dem Diabetes zusammenhängen, bereits enthalten sind. Eine gesondert durchgeführte Berechnung für Kosten von bestimmten Herz-Kreislaufkrankungen würde diese Beträge (partiell) erneut berücksichtigen, in einer anschließend berechneten Summe wären sie mehrfach enthalten.

Anteil der Versicherten mit Diabetes (beliebiger Typ)

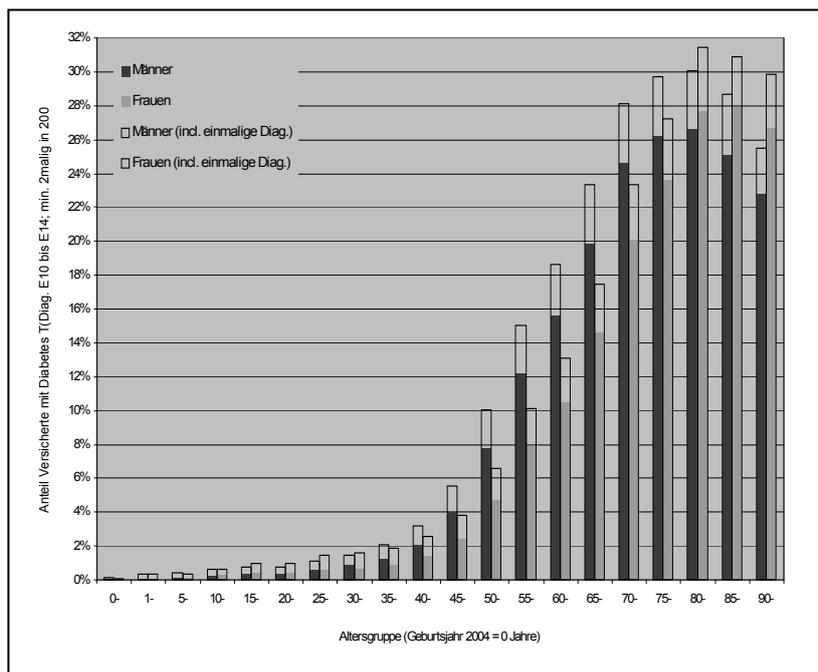
Diabetes mellitus ist eine der großen Volkskrankheiten in der westlichen Gesellschaft. In Deutschland sind nach Angaben der Deutschen Diabetes-Union ca. 6 Millionen Menschen von dieser Erkrankung betroffen. Experten gehen davon aus, dass es auf jeden diagnostizierten bis zu einem unentdeckten Diabetiker gibt. Bei vielen Patienten wird der Diabetes mellitus erst nach Auftreten einer Diabetes-bedingten Folgeerkrankung entdeckt. Der Großteil des Geldes wird nicht für die Therapie des Diabetes wie ärztliche Behandlung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (orale Antidiabetika, Insulin, Teststreifen, Spritzen, Pens, Insulinpumpen etc.) benötigt. Vielmehr werden etwa 80% der Diabetes-Exzess-Kosten von diabetesbedingten Folgeerkrankungen verursacht. Hierzu zählen makrovaskuläre Komplikationen (Herzinfarkt, Schlaganfall) und die noch kostenintensiveren mikrovaskulären Komplikationen (Nieren- und Augenerkrankungen sowie das diabetische Fußsyndrom).

Der Großteil der Diabetiker (ca. 90%) ist von Typ-2-Diabetes betroffen. Die übrigen zehn Prozent verteilen sich im Wesentlichen auf Typ-1-Diabetes, aber auch Schwangerschaftsdiabetes und andere seltene Formen.

Nach dem Nettokostenansatz wurden modellhaft für Diabetes-Patienten (Typ I und II) die sektorenübergreifenden direkten Behandlungskosten für das Jahr 2004, auf Basis der Diagnoseangaben zur ambulant ärztlichen Versorgung, ermittelt. Welcher Diabetestyp vorlag, ließ sich nicht zuverlässig differenzieren, weil für den Betrachtungszeitraum z.T. zwischen Diabetes Typ I und II wechselnde ICD-Diagnoseschlüssel, oftmals auch „nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus“ angegeben wurde. Vor dem Hintergrund wurde eine Auswertung zum Thema **Diabetes insgesamt** (ohne Differenzierung zwischen Typ I und Typ II) als sinnvollste Alternative erachtet und ergänzend unter **Einbeziehung aller Diabetes-Kodes E10 bis E14** durchgeführt. **Abbildung 6** zeigt den Anteil der GEK-Versicherten mit Diagnose eines Diabetes insgesamt. Als Kriterium für eine entsprechende Zuordnung wurde die Dokumentation einer der Diagnosen E10, E11, E12, E13 oder E14 in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen oder bei mindestens zwei unterschiedlichen Ärzten im Rahmen der ambulanten Versorgung vorausgesetzt. Ergänzend in der Grafik ausgewiesen wird der Anteil an Personen mit Identifikation über eine nur einmalige beliebige Diabetes-Diagnose.

Während vor Vollendung des 20. Lebensjahres weniger als 4 Promille der Versicherten betroffen sind, steigt der Anteil der Versicherten mit Diabetes auf 26,6% bei Männern im Alter zwischen 80 und 84 Jahren und auf 27,9% bei Frauen im Alter zwischen 85 und 89 Jahren. Unter den über 70-jährigen sind nach den vorliegenden Berechnungen also etwa ein Viertel aller Versicherten von einem Diabetes betroffen.

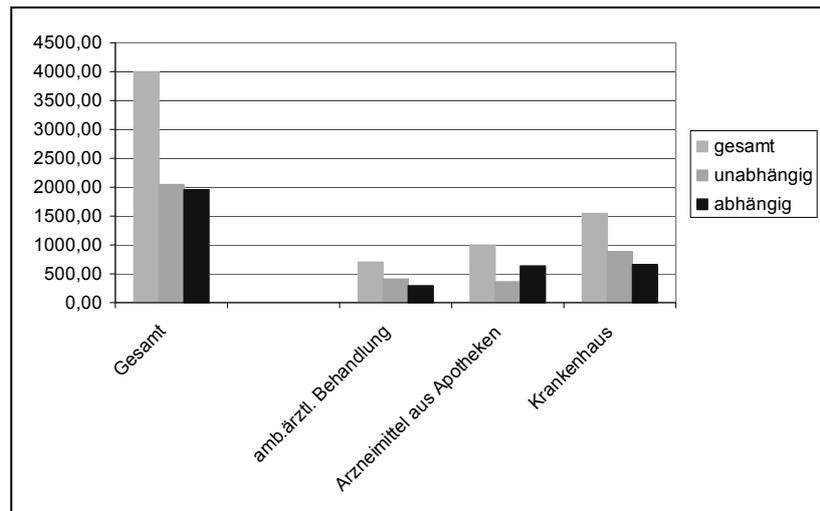
Abbildung 6: Anteil Versicherte mit Diabetes (Typ I+II) 2004 nach Alter und Geschlecht



Unter den 1,4 Mio. berücksichtigten GEK-Versicherten (Versicherte, die > 182 Tage in 2004 bei der GEK versichert waren) entsprachen insgesamt 62.463 dem festgelegten Kriterium für das Vorliegen eines Diabetes. Dies entspricht einer Diabetes-Prävalenz in der GEK-Population von 4,45%. Auf diese 62 Tsd. Versicherten entfielen Gesamtausgaben in Höhe von 250 Mio. Euro, was durchschnittlichen Ausgaben von 4.003 Euro je Person entspricht. In einer Population mit übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur ohne das Merkmal Diabetes wären le-

diglich durchschnittliche Ausgaben in Höhe von 2.047 Euro zu erwarten gewesen. Demnach sind einer entsprechend identifizierten Diabeteserkrankung jährliche durchschnittliche Behandlungskosten in Höhe von 1.955 Euro zuzuschreiben. Von diesen zuschreibbaren Kosten entfallen 294 Euro auf ambulante ärztliche Behandlungskosten, 636 Euro auf Arzneimittel aus Apotheken und 666 Euro auf Krankenhausbehandlungen (siehe Abbildung 7).

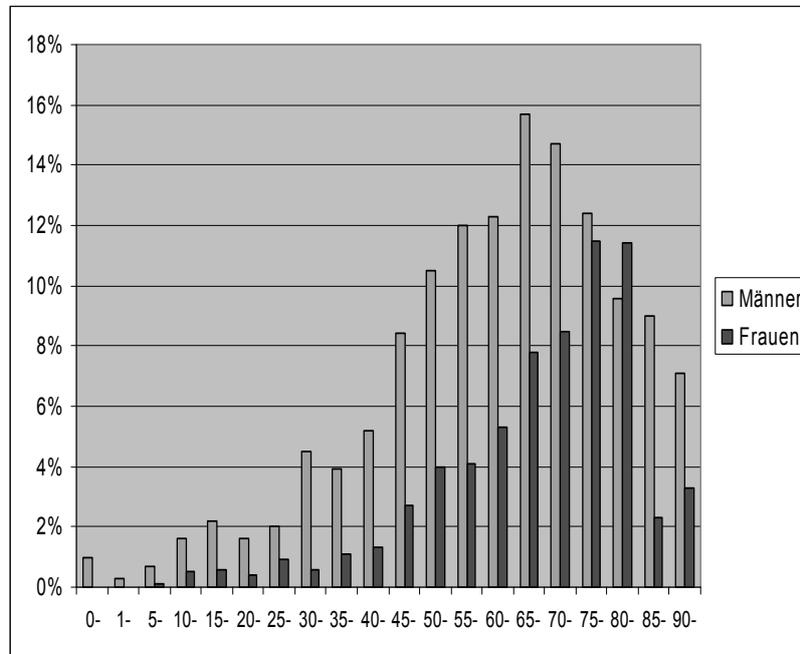
Abbildung 7: Mittlere Pro-Kopf-Kosten (in Euro) pro Jahr in Sektoren (diabetes-abhängig/unabhängig/gesamt)



In der betrachteten GEK-Population (mit ihrer spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur) lassen sich 7,2% der versichertenbezogenen erfassten Gesamtausgaben entsprechend 122 Mio. Euro der Diagnose Diabetes zuschreiben bzw. sind mit dem Merkmal Diabetes assoziiert (Abbildung 8). Während der zuschreibbare Anteil in jüngeren Altersgruppen bis zur

Vollendung des 40. Lebensjahres bei unter 5% der altersspezifischen Gesamtausgaben liegt, erreicht er im Alter ab 50 Jahren bei Männern und 75 Jahren bei Frauen in der Regel über 10%, maximal sogar knapp 16% der erfassten Gesamtbehandlungsaufwendungen für die einzelnen Altersgruppen.

Abbildung 8: Anteil der Diabetes-abhängigen Kosten an den Gesamtausgaben der Altersgruppe



8. Konsequenzen für die GEK

Die dargestellten Erkenntnisse sollen abhängig von der Fragestellung in die Tageroutine integriert und für solche Projekte genutzt werden, die helfen, einerseits die Versorgungskette als Prozess transparent zu machen und sektorales Denken und Handeln zu überwinden, andererseits die qualitativen und gesundheitsökonomischen Potentiale in den relevanten Sektoren zu heben.

Ausblick

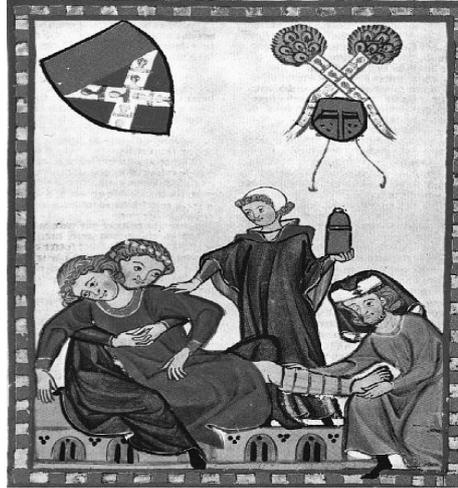
Im gesundheitsökonomischen Spannungsfeld kommt den Kassen bei der Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität zukünftig eine wachsende Aufgabe zu. Hierzu benötigen sie neben der sektorenübergreifenden Transparenz im Versorgungsgeschehen geeignete Instrumente, die sowohl dem einzelnen Patienten als auch der medizinischen Indikation gerecht werden müssen. Zur Steuerung der großen Volkskrankheiten ist in erster Linie ein suffizientes Disease-Management im eigentlichen Sinne bei der systematischen Bewältigung der großen Zahl der Betroffenen gefragt, wohingegen die vergleichsweise überschaubare Gruppe kostenintensiver Patienten vor allen Dingen durch ein angebrachtes Case-Management zu lenken ist, soweit im Einzelfall möglich oder sinnvoll. Gerade hier ergeben sich für die GEK interessante Ansatzpunkte auch im Rahmen zukünftiger Einzelverträge mit den verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen, die mit Hilfe der hier vorgestellten Instrumente konkretisiert und begleitet werden können.

Transparenz ist eine unverzichtbare Voraussetzung, um nicht nur bessere Qualität sondern auch mehr Effizienz für unsere Versicherten durchzusetzen. Dazu gehört auch, individuell auf Inhalte und Qualität der Versorgung Einfluss nehmen zu können. Denn ohne Gestaltungs-

möglichkeiten gibt es keinen Wettbewerb und ohne Wettbewerb keine wirkliche Verbesserung der medizinischen Versorgung.

Literatur:

Swart, E., Ihle, P. (2005). Routinedaten im Gesundheitswesen. Huber, Hogrefe, Bern



„Der von Sachsendorf“, in: Große Heidelberger Liederhandschrift (Codex Manesse), Uni Heidelberg. <http://digi.ub.uni-heidelberg.de/sammlung2/werk/cpg.848.xml?docname=cpg848&pageid=PAGE0311>

1. Steuerung der Versorgung

Im Hinblick auf die Steuerung des Leistungs- und Versicherungsgeschehens werden in der Regel zwei gegensätzliche Strategiemodelle verfolgt:

1. **Marktmodell** (bottom up): Hier erscheint der Patient als *Kunde*. Er hat die freie Auswahl der Leistungen, Leistungserbringer, Versicherungen und Versicherungsoptionen, trägt aber auch die volle Ver-

antwortung für seine Auswahlentscheidungen. Steuerung geht hier gleichsam „von unten“ aus.

2. **Fürsorgemodell** (top down): Hier übernimmt das System die Verantwortung für Sicherstellung, Qualität und Umfang des Leistungsangebotes. Die Strukturen und Leistungen unterliegen im Wesentlichen kollektiver Rahmenentscheidungen seitens des Staates bzw. Körperschaftlicher Gremien der Selbstverwaltung.

Ausgangstyp des deutschen Gesundheitswesens ist das Fürsorgemodell (Bismarck), in das in den vergangenen Jahrzehnten sukzessiv Elemente von „Markt“ und „Wettbewerb“ eingeführt wurden.

2. Wahloptionen im Fürsorgesystem

Den **Verbrauchern** sind so immer mehr Wahloptionen eröffnet worden:

- freie Arztwahl
- freie Wahl der Krankenkasse
- individuelle Gesundheitsleistungen
- Versorgungsangebote: DMP, integrierte Versorgung, Hausarztversorgung
- private Zusatzversicherungen
- Kostenerstattung, Selbstbehalt, Beitragsrückgewähr, Bonusmodelle usw.

3. Wettbewerb im Gesundheitswesen

Aber auch den **Krankenkassen** stehen wettbewerbliche Ausgestaltungsformen der Gesundheitsversorgung zu Gebote:

- Einzelverträge mit Ärzten, Bietergemeinschaften und Einrichtungen
- Verträge für spezielle Versorgungsangebote (integrierte Versorgung usw.)
- Rabattverhandlungen mit Arzneimittelherstellern und Apotheken
- Information, Beratung und Navigation der Versicherten

Schließlich nutzen auch **Ärzte** ihre Chancen auf dem Markt:

- IGeL, Vorsorge- und Reproduktionsmedizin
- Festzuschüsse bei Zahnersatz
- transsektoraler Wettbewerb (ambulante Leistungen im Krankenhaus)
- Spezialisierungs- und Verdrängungswettbewerb im stationären Bereich

4. Steuerungsmodelle im Wettbewerb

Da das deutsche Gesundheitswesen sich als Mischform aus Markt- und Fürsorgesystem darstellt, kommen in Zukunft unterschiedliche **Steuerungsmodelle** in Betracht:

1. **Kundenmodell:** Der Verbraucher fungiert als Einkäufer unterschiedlicher im Angebot befindlicher Leistungen. Es handelt sich im Wesentlichen um konkrete Umsetzung des Marktmodells, das zwar ho-

he Kundensouveränität, gleichsam eine Steuerung von unten, verspricht, aber zugleich zu erheblichen sozialen Ungerechtigkeiten führt.

2. **Versorgermodell:** Hier werden dem Patienten sektorübergreifende Leistungspakete aus einer Hand angeboten – nach dem Modell der HMO's. Dieser Ansatz von „Managed Care“ wird sich in den Metropolen vermutlich stärker ausprägen als auf dem Land.
3. **Kostenträgermodell:** Während beim Versorgermodell die Steuerung von den Leistungserbringern ausgeht, steht hier die Einkaufsmacht der Krankenkassen im Vordergrund, die entsprechende Leistung(spakete) einkaufen und Versicherte durch die Landschaft navigieren.
4. **Selbsthilfemodell:** Hier gehen Integration und Navigation der Angebote durch Interessenorganisationen der Patienten selbst aus. Dass ein solches Steuerungsmodell keine bloße Utopie ist, zeigen Ansätze wie das „Schöneberger Modell“ in der Berliner AIDS-Versorgung, in dem die AIDS-Hilfe eine steuernde Rolle übernommen hat.

5. Ausbau und Erhalt der Nutzerorientierung

Im Hinblick auf Ausbau und Erhalt der Nutzerorientierung des (künftigen) Gesundheitswesens sind drei Aspekte hervorzuheben:

Systemkohärenz der gesetzlichen Krankenversicherung

- a) Verlässlichkeit im Leistungsspektrum (§§ 2, 2a, 12, 70 SGB V) und Dynamik des Leistungskataloges

- b) solidarische Beitragsfinanzierung (gesund für krank, jung für alt, reich für arm)
- c) Aufhebung von Anreizen für Risikoselektion durch Ärzte oder Krankenkassen

Selbstverwaltungs-/Fürsorgemodell: Partizipation

- a) Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss: Professionalisierung, aber ohne Hauptamtlichkeit der PatientenvertreterInnen
- b) Ausbau der Patientenbeteiligung auf Bundes- und Landesebene (Rahmen-/Gesamt- und Strukturverträge, Vereinbarungen und Institutionen der Qualitätssicherung, Gremien der Versorgungsplanung)
- c) Systematische Patienten-/Versichertenbefragungen
- d) Ausbau der praxis- und einrichtungsinternen Qualitätsentwicklung

Markt-/Kundenmodell: Transparenz

- a) Veröffentlichung einer geeigneten Auswahl von Qualitätsergebnissen
- b) Aufbau einer unabhängigen Institution zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung
- c) Anbieter- und krankenkassenunabhängige Patientenberatung und Navigationshilfe

Primärprävention – was ist das und was soll das?

Rolf Rosenbrock

Vorbeugen ist besser als Heilen – aus vielen guten Gründen: Prävention verhindert vermeidbares Leid. Prävention verlängert das Leben. Prävention steigert die Lebensqualität. Prävention ermöglicht ein produktives und aktives Leben. Prävention macht Spaß. Prävention fördert den Zusammenhalt in der Gesellschaft. Prävention spart Kosten der Krankenversorgung.

Doch es wird auch gegen die Prävention argumentiert: Prävention funktioniert nicht oder nur unter Zwang. Prävention kann zwar das Leben verlängern, aber die gewonnene Zeit wird in Krankheit und Leid zugebracht. Prävention verursacht Kosten, weil länger lebende Menschen mehr kostenträchtige Krankheiten erleiden.

Im Folgenden geht es darum zu zeigen, dass und unter welchen Umständen die guten Gründe für die Prävention zutreffen, die Argumente dagegen aber nicht.

1. Die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung

Drei große Trends bestimmen die Entwicklung der Gesundheit in der Bevölkerung reicher Industrieländer (Rosenbrock, Gerlinger 2006). Sie machen deutlich, weshalb die Prävention als notwendiger Bestandteil moderner Gesundheitssicherung erheblich aufgewertet und ausgeweitet werden muss.

1.1 Steigende Lebenserwartung

Die Lebenserwartung steigt pro Jahrzehnt um etwas mehr als ein Jahr. Wir werden aber nicht nur älter, sondern im Bevölkerungsdurchschnitt auch immer gesünder älter – mehr Lebensalter sind eben nicht automatisch mit mehr „krankere“ Zeit verbunden. Dieser Fortschritt in Hinblick auf Lebensdauer und Lebensqualität ist nur zu maximal einem Drittel auf Fortschritte in der Medizin und in der Krankenversorgung zurückzuführen (SVR 2002, Band I, Ziff. 95 sowie SVR 2005). Zu mindestens zwei Dritteln beruht er – trotz mancherlei gegenläufigen Tendenzen – auf insgesamt besseren Lebensbedingungen, besserer Bildung, besserer Ernährung und gesundheitsgerechterem Verhalten¹.

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, diesen Trend zu festigen, das heißt, die gesundheitsfördernden Faktoren zu verstärken und Gesundheitsbelastungen zu verringern. Dies ist nicht mit mehr Medizin, sondern vor allem durch die Schaffung besserer Lebensbedingungen und – ergänzend und unterstützend – durch primäre Prävention zu leisten. Schließlich zeigt die Geschichte, dass der Sieg über die großen Infektionskrankheiten, mit der Tuberkulose an der Spitze, nicht mit den Mitteln der Medizin errungen wurde, sondern durch mehr Hygiene in den Städten, bessere Ernährung, durch bessere Arbeitsbedingungen und mehr Bildung (McKeown 1982).

Perspektivisch geht es darum, in einem insgesamt längeren Leben die Anzahl der mit Krankheit zugebrachten Jahre immer weiter zu verringern (*compression of morbidity*) (SVR 2005, Ziff. 154 ff.). Während für Deutschland entsprechende Daten noch fehlen, zeigen neuere Untersu-

¹ Deshalb ist es z.B. unsinnig, die nationalen Ausgaben für Medizin und Krankenversorgung mit der Lebenserwartung in Beziehung zu setzen und daraus auf die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Gesundheitssystems zu schließen.

chungen zum Beispiel aus den USA, dass eine solche Entwicklung schon heute empirisch messbar ist (Fries 2003): Im Bevölkerungsdurchschnitt verschiebt sich der Beginn der im Lebensverlauf bislang als unvermeidbar geltenden Phase mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen schneller nach hinten, als die durchschnittliche Lebensdauer zunimmt. Die Vision eines längeren Lebens mit mehr gesunden Jahren Zeit wird also zur Realität.²

1.2 Dominanz chronischer Krankheiten

Wenn der Trend zum langen und gesunden Leben verstetigt und beschleunigt werden soll, müssen sich die Bemühungen der Gesundheitspolitik in erster Linie auf die wenigen „großen“ Erkrankungen beziehen, die das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern bestimmen: Herz-Kreislauferkrankungen, bösartige Neubildungen, Stoffwechselerkrankungen wie der Typ-2-Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychisch manifestierte Leiden sowie Unfälle. Diese Krankheiten sind für mehr als zwei Drittel des Krankheits- und Sterbegeschehens in den Industrieländern verantwortlich. Bei aller Verschiedenheit im Hinblick auf Verursachung, Krankheitsverlauf und Endpunkt haben sie zwei für die Gesundheitspolitik entscheidende Gemeinsamkeiten:

Zum einen sind sie nach ihrem Auftreten meist nicht mehr heilbar, sondern bedürfen lebenslanger medizinischer und sozialer Behandlung und Betreuung. Daher verursachen sie auch mehr als zwei Drittel der Aus-

² Das ignorieren Autoren wie Beske (2005) und Krämer (1997) beharrlich und ziehen aus ihren kontrafaktischen Annahmen weit reichende, für die Prävention durchweg pessimistische Schlussfolgerungen.

gaben der Krankenversorgung. Die Bemühungen der Gesundheitspolitik zum Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung insbesondere für chronisch Kranke (SVR 2002, Band III) haben das Ziel, diese Kosten zu verringern oder die dafür aufgewendeten Ressourcen besser zu verwenden. Darüber gerät aber die zweite Gemeinsamkeit häufig aus dem Blickfeld: Diese Krankheiten sind in erheblichem Umfang vermeidbar – und zwar durch den Abbau von Gesundheitsbelastungen in der physischen und sozialen Umwelt, durch Vermeidung von Fehlanreizen in der Ausbildung, bei der Arbeit und beim Konsum sowie durch eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (SVR 2002, Bd. I, Kap. 2; SVR 2003, Bd. II, Kap. 5, SVR 2005 Kap. 4).

Wenn es beispielsweise gelänge, die gesamte Bevölkerung an wissenschaftlich erwiesenen wirksamen Maßnahmen der Verhaltensbeeinflussung teilnehmen zu lassen, könnte mittelfristig etwa ein Viertel der chronisch-degenerativen Erkrankungen vermieden werden (Schwartz et al. 1999)³. Hinzu kommen die wahrscheinlich noch größeren Potenziale der Verhältnisprävention, bei der es darum geht, die Lebens- und Arbeitsbedingungen mit den Bedürfnissen der menschlichen Gesundheit in größere Übereinstimmung zu bringen.

³ Bei dieser methodisch gut fundierten Schätzung wird allerdings unterstellt, dass die meist bei gut motivierten Gruppen erzielten Erfolge der Verhaltensbeeinflussung auf die gesamte Bevölkerung übertragen werden können. Insofern ist diese Schätzung im Hinblick auf die Potenziale der Verhaltensprävention wahrscheinlich zu optimistisch. Sie ist andererseits aber auch zu konservativ, weil sie die Möglichkeiten der Verhältnisprävention, von Setting-Projekten und von Gesundheitskampagnen überhaupt nicht berücksichtigt. Eine gut durchdachte Präventionspolitik wird deshalb alle diese Methoden angemessen einbeziehen.

1.3 Ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen

Eine präventive Strategie kann nur erfolgreich sein, wenn sie den dritten großen Trend der Gesundheitsentwicklung in Industrieländern angemessen berücksichtigt: Die Chancen für ein langes und gesundes Leben sind auch in reichen Ländern höchst ungleich verteilt. Wenn man sich die gesamte in Deutschland lebende Bevölkerung nach ihrer Ausbildung, der Stellung im Beruf und dem Einkommen als Pyramide vorstellt und diese Pyramide in fünf gleich große „Schichten“ teilt, so wird deutlich, dass sich die Gesundheit wie die Lebenserwartung im Gegensatz zu den Durchschnittsziffern für die Gesamtbevölkerung seit Jahrzehnten nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Angehörige des untersten Fünftels tragen in jedem Lebensalter – von der Wiege bis zur Bahre – statistisch betrachtet ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Angehörige des obersten Fünftels. Dabei zeigen sich auch relevante geschlechtsspezifische Unterschiede: Betrachtet man zum Beispiel die Lebenserwartung im Verhältnis zum Einkommen (hier in Viertel der Bevölkerung unterteilt), werden die Männer im einkommensstärksten Viertel durchschnittlich zehn Jahre älter als die aus dem einkommensschwächsten Viertel. Bei den Frauen dagegen beträgt dieser Unterschied „nur“ fünf Jahre (SVR 2005, Kap. 4; Mielck 2005).

Die Ursache dieser sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sind größere Gesundheitsbelastungen von Geburt an durch schlechtere Lebensbedingungen und auch durch riskanteres Gesundheitsverhalten. Dies führt dazu, dass nahezu alle Krankheiten bei Menschen mit sozialer oder geschlechtsbedingter Benachteiligung (durch geringe Bildung, geringes Einkommen, ungünstige Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, unzureichende soziale Integration, geringe Erholungsmöglichkeiten) und dem mit diesen Faktoren in enger Wechselwirkung stehenden Risikoverhalten (Ernäh-

rung, Bewegung, Stressverarbeitung, Tabak- und Alkoholkonsum) sehr viel häufiger auftreten als bei besser situierten Menschen.

Die meisten dieser Faktoren können jedoch beeinflusst werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Prävention mit Methoden und Instrumenten arbeitet, die die sozial benachteiligten Gruppen und Schichten auch tatsächlich erreichen. Sie müssen an ihren erlebten Alltag anknüpfen und Angebote enthalten, die unter den realen Lebensbedingungen auch wirklich angenommen werden.

2. Präventive Gesundheitspolitik erfordert Innovationen

Zusammengefasst bedeutet dies: Auch weil die medizinisch meist nicht vollständig heilbaren, überwiegend chronischen und degenerativ verlaufenden Erkrankungen dominieren, muss Gesundheitspolitik mehr sein als Kostendämpfung und Verbesserung der Krankenversorgung. Gerade unter diesen Bedingungen erscheint es realistisch und notwendig, am eigentlichen Ziel der Gesundheitspolitik – ein möglichst langes Leben mit möglichst wenig Krankheit für die gesamte Bevölkerung – festzuhalten. Auf dem Weg dorthin müssen zwei große Herausforderungen angenommen werden:

Zum einen geht es nach wie vor darum, durch geeignete Qualifikation, Anreize und institutionelle Bedingungen im System der Krankenversorgung dafür zu sorgen, dass jeder Mensch mit einem chronischen oder akuten Gesundheitsproblem eine vollständige, hochwertige und integrierte Versorgung erfährt. Dazu muss die Über-, Unter- und Fehlversorgung weiter abgebaut werden (SVR 2002, Band III). Ebenso wichtig ist es zum anderen, durch geeignete Methoden und Instrumente der primären Prävention den Ausbruch von Krankheiten zu verhüten oder hinauszuzögern. Da sowohl die Erkrankungen als auch ihre Ursachen in den sozial benachteiligten Gruppen und Schichten der Bevölkerung sehr viel

häufiger auftreten als in den Mittel- und Oberschichten, müssen sich beide Strategien insbesondere auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten der Gesundheits- und Versorgungschancen richten. Auf beide Herausforderungen lässt sich nicht mit bloßer Weiterentwicklung von Bekanntem und Bewährtem antworten, vielmehr sind Neuentwicklungen im Sinne von sozialen Innovationen (Zapf 1994) gefordert. Das impliziert unter anderem, dass Suchprozesse organisiert und Experimente zugelassen werden müssen.

Angesichts der in unserer Zivilisation starken und dauerhaften Anreize zu gesundheitsschädigendem Verhalten kann bloße Information und Aufklärung über Gesundheitsrisiken und gesundheitsgerechtes Verhalten ebenso wenig bewirken wie Zwang und Strafe. Auch aufgrund dieser Erkenntnis hat die Entwicklung von Methoden und Strategien der Primärprävention in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Aufschwung genommen. Ein Meilenstein auf diesem Weg war die Verabschiedung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1986, die der Entwicklung von „New Public Health“ wichtige und bis heute wirksame Impulse verlieh. Die Ottawa-Charta baut auf breiten und prozessorientierten Konzepten sowohl von Gesundheit/Krankheit als auch von Intervention auf und fasst den Stand der internationalen Diskussion zusammen, der – zeitlich parallel und unabhängig von der Charta – auch in anderen Interventionsfeldern der Primärprävention, zum Beispiel im Hinblick auf Aids, zu ähnlicher Praxis geführt hatte (Rosenbrock, Schaeffer 2002).

3. Was ist der „state of the art“ für primärpräventive Interventionen?

Gegenüber der hergebrachten Praxis der Gesundheitserziehung und von „Old Public Health“ impliziert der Übergang zu „New Public Health“ vier Innovationen (Rosenbrock 2004)⁴:

3.1 Belastungssenkung und Ressourcenförderung

Sowohl Strategien der Verhaltensbeeinflussung bzw. Gesundheitserziehung als auch solche der gesundheitsgerechten Gestaltung von materiellen und sozialen Umwelten können sich zwar in manchen Fällen darauf beschränken, tatsächliche oder mögliche **Gesundheitsbelastungen** (also z.B. chemische, physikalische und biologische Belastungen, Disstress, körperliche und seelische Überlastungen, geringe Verhaltensspielräume, schlechte Ernährung, Tabak-Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) zu beeinflussen. Meist wird es jedoch zugleich auch darauf ankommen, die Vermehrung von **gesundheitsdienlichen Ressourcen** (z.B. Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Kompetenzen, Information, Bildung, Handlungswissen, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) der betroffenen Individuen bzw. Zielgruppen anzustreben. Dahinter steht die ebenfalls im Gefolge der Ottawa Charta einflussreicher gewordene, an Übergängen und Nuancen reichere Sichtweise auf Gesundheit, die die Dichotomie von „gesund“ und „krank“

⁴ Elemente dieser Innovationen finden sich verstreut auch schon in früher angewendeten Interventionen. Der mit der Ottawa Charta dokumentierte und angestoßene Paradigmenwechsel besteht v.a. darin, diese Innovationen als essentielle Bestandteile primärer Prävention aufgewertet und systematisiert zu haben.

überwindet und Gesundheit als geglückte, und Krankheit als missglückte Balance zwischen Gesundheits-Belastungen einerseits und Gesundheits-Ressourcen andererseits sieht (Rosenbrock 1997). Mit der Aufwertung und Systematisierung der Förderung von gesundheitsdienlichen Ressourcen verbindet sich nicht nur die Vorstellung, Menschen in den Stand zu versetzen, Risiken für ihre Gesundheit sensitiver wahrzunehmen und aktiver an ihrer Minderung zu arbeiten, sondern auch die durch viele Untersuchungen (zum Beispiel Antonovsky 1987, Karasek und Theorell 1990) gut belegte Erwartung, dass sich mit zunehmender Transparenz von Lebenssituationen, mit Qualifikation, wachsenden Entscheidungsspielräumen, direkter Partizipation (Bagnara et al. 1985) sowie durch materielle und ideelle soziale Unterstützung (House 1981, Berkman and Syme 1979) die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung erhöht, die Erkrankungswahrscheinlichkeit mithin sinkt. Gesundheitsressourcen werden also im Hinblick auf Krankheitsvermeidung benötigt, (1) um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, (2) um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, (3) um Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die (a) entweder direkt die Gesundheit belasten oder (b) gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen.

3.2 Aufwertung unspezifischer Interventionen

Schon die Geschichte erfolgreicher Primärprävention (Labisch 1992, McKeown 1982) zeigt, dass mit ein und derselben Maßnahme bzw. Strategie (z.B. Stadtsanierung, allgemeine Bildung etc.) Beiträge zur Senkung der Inzidenz mehrerer und verschiedener Krankheiten erzielt werden können. Der gleiche Effekt zeigt sich zum Beispiel auch bei der

Anwendung integrierter Strategien betrieblicher Gesundheitsförderung (Lenhardt et al. 1997, Lenhardt 2003). Die Beeinflussung von scheinbar weit von den unmittelbaren Krankheitsursachen angesiedelten („distanten“) Faktoren (z.B. Partizipation, soziale Unterstützung), deren Beitrag zur Krankheitsentstehung in vielen Fällen auch heute noch nicht hinreichend erforscht ist, kann danach einen größeren präventiven Effekt haben – sowohl im Hinblick auf bestimmte Zielkrankheiten als auch im Hinblick auf die Gesamt-Morbidität/-Mortalität – als die Bearbeitung von Faktoren, deren kausale Beziehung zu Krankheitsentstehung sehr viel enger ist. Das gilt sowohl für die Senkung von Gesundheitsbelastungen als auch für die Vermehrung von Gesundheits-Ressourcen.

3.3 Priorität für Kontextbeeinflussung

Um eine möglichst große Wirkung v.a. bei sozial benachteiligten Zielgruppen zu erzielen, reicht es regelmäßig nicht aus, die Intervention auf die Anwendung der Instrumente „Information, Aufklärung und Beratung“ zu beschränken. Vielmehr steigt die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs mit der Beeinflussung des Verhaltenskontextes, sei es auf individueller Ebene, sei es im Setting oder sei es im Rahmen von integrierten, multimodalen und intersektoralen Kampagnen für die gesamte Bevölkerung oder definierte Teilgruppen. Information, Aufklärung und Beratung bilden im Regelfall eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung erfolgreicher Prävention.

3.4 Priorität für Partizipation

Spätestens seit den praktischen und theoretischen Arbeiten von Paolo Freire in den 70er Jahren darf als etabliert gelten, dass insbesondere Menschen mit geringer formaler Bildung sowohl kognitiv wie habituell

desto erfolgreicher lernen, je besser und unmittelbarer das Lernangebot an ihrem praktischen Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende in ihrem praktischen Alltag ausprobieren und selbst entwickeln können (Freire 1980). Aus dem Leitbeispiel erfolgreicher Primärprävention im Setting, der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zudem bekannt, dass Verhaltens- und Verhältnisänderungen desto erfolgreicher und nachhaltiger sind, je stärker die Beschäftigten an der Problemeinschätzung, der Konzipierung und Implementation der Veränderungen sowie auch an der Qualitätssicherung direkt beteiligt sind. Aus diesem Sachverhalt folgt die Forderung nach **einem hohen Grad an direkter Partizipation** der Zielgruppen.

3.5 Qualitätssicherung

Um die Potenziale dieser vier Innovationen der Primärprävention nachhaltig zur Gestaltung zu bringen und zu verallgemeinern, tritt ein **Querschnittserfordernis** hinzu:

Die Anwendung von Konzepten und Strategien, die diese vier Innovationen aufgreifen und benutzen, führt zu sehr beachtlichen Erfolgen in der Prävention (Smedley, Syme 2001, Minkler 1997), ohne dass die Wirkmechanismen vollständig bekannt wären. Primäre Prävention nach dem *state of the art* der Ottawa Charta und verwandter Konzepte ist deshalb nicht einfach die Anwendung bekannter Regeln, sondern immer auch eine Entwicklungsaufgabe. Für die Praxis bedeutet dies, dass bei jeder Intervention wo immer möglich dafür gesorgt werden muss, dass die gesundheitliche und soziale Ausgangslage, die relevanten Aspekte der Intervention und die Ergebnisse der Intervention nach wissenschaftlichen Standards dokumentiert werden, um auf diese Weise Auswertungen zu ermöglichen, die den Stand des Wissens über die Potenziale und die Wirkmechanismen primärer Prävention weiter entwickeln. In der

Praxis wird gegen dieses gesundheitswissenschaftlich begründete Postulat regelmäßig verstoßen (Emmons 2001), weil sich Möglichkeiten, Strategien, Zeitpunkte und Dauer präventiver Interventionen meistens nach anderen Kriterien (Zugang, Finanzierung etc.) als solchen der Forschung und Evaluation richten. Die Zunahme der Anzahl wie auch der Varianz von Interventionen im Rahmen geplanter und wissenschaftlich gesteuertem Programme ist deshalb nicht nur eine Chance für die Präventionspolitik, sondern kann zugleich wertvolle Beiträge zur Methodentwicklung im Hinblick auf Auswahl, Durchführung, Qualitätssicherung, Vernetzung und Evaluation von präventiven Interventionen und Strategien leisten. Von besonderer Bedeutung ist Beteiligung sowohl der Akteure als auch der Zielgruppen an der Konzipierung und Umsetzung der Qualitätssicherung und der Evaluation (Wright 2004).

4. Typen und Arten der Primärprävention

Primärpräventive, d.h. Belastungen senkende und Ressourcen vermehrende Aktivitäten und Strategien lassen sich drei Interventionsebenen zuordnen: dem Individuum, dem Setting und der Bevölkerung. Je nachdem, ob die Intervention sich auf Information, Aufklärung und Beratung beschränkt oder ob sie auch Interventionen zur Veränderung gesundheitsbelastender bzw. ressourcenhemmender Faktoren der jeweiligen Umwelt/des jeweiligen Kontextes einschließt, ergeben sich sechs Strategietypen, zu denen in Abbildung 1 jeweils ein Beispiel gegeben wird.

Abbildung 1: Typen der Primärprävention: Information, Aufklärung, Beratung, Beeinflussung des Kontexts

Individuum	1. z.B. ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse	2. z.B. „präventiver Hausbesuch“
Setting	3. z.B. Anti-Tabak Aufklärung in Schulen	4. z.B. betriebl. Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	5. z.B. „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“, „Seid nett zueinander“	6. z.B. HIV/Aids-Kampagne, Trimming 130

Für jeden dieser sechs Strategietypen lassen sich zweckmäßige Einsatzfelder identifizieren, jeder dieser Handlungstypen erfordert unterschiedliche Instrumente, Ressourcen, Akteurkonstellationen und Methoden der Qualitätssicherung⁵. Es ist eine zentrale gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe, dafür zu sorgen, dass je nach Zielgruppe und Gesundheitsrisiko der jeweils angemessene Strategietyp zum Einsatz kommt. Im Selbstlauf tendiert die Politik (auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebene) dazu, jeweils auch dann auf weniger komplexe Interventionen (z.B. Interventionsebene Individuum statt Setting sowie/oder Vernach-

⁵ Nur noch einmal zur Klarstellung: Jeder dieser sechs Strategietypen enthält - wenn er nach dem state of the art durchgeführt wird - sowohl das Moment der Belastungssenkung wie jenes der Ressourcenstärkung, also der Gesundheitsförderung.

lässigung des Kontextes) zurückzugreifen, wenn Interventionen höherer Ordnung angezeigt wären.

4.1 Individuell ansetzende Prävention ohne Kontextbeeinflussung

Dieser Interventionstyp beschränkt sich definitionsgemäß auf Methoden der Information, der Beratung und des Trainings. In der Regel geht es um Versuche, gesundheitsbelastendes Verhalten zu modifizieren sowie persönliche Ressourcen (Selbstvertrauen, *self efficacy*, Transparenz, Fähigkeit zur Selbsthilfe, Einbindung in Gruppen/Netzwerke von Menschen in ähnlicher Lebenslage) zu stärken. Klassische Instrumente sind Kurse („verhaltensorientiertes Gruppentraining“) mit Kommstruktur („passive Rekrutierung“). Bei den kassengetragenen individuellen Maßnahmen dieses Typs wurde bislang eine überproportionale Beteiligung von sozial und gesundheitlich weniger belasteten Gruppen festgestellt (Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995). Bei der Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V, mit dem ja explizit „ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ geleistet werden soll, waren unter den Teilnehmern nicht nur Männer, Jugendliche sowie über 60-jährige deutlich unterrepräsentiert. Vielmehr lag auch der Anteil der „Härtefälle“⁶ an den Teilnehmern bei nur 6,8%, ihr Anteil an den Versicherten liegt mit 13,6% doppelt so hoch (MDS 2004). Damit bestätigen sich erneut Befunde, nach denen Menschen aus schwierigen Lebenslagen solche Angebote der Verhaltensmodifikation schwerer finden als Angehörige besser situierter Bevölkerungsgruppen, dass sie auch vergleichsweise größere Probleme haben, solche Kurse bis zum

⁶ „Härtefall“ war (bis 2004) der einzige Indikator in der Dokumentation, der – mit allen Vorbehalten – auf „soziale Benachteiligung“ schließen lässt.

Ende durchzuhalten und – insbesondere – große Schwierigkeiten haben, das im Kurs erlernte Verhalten nach Kurs-Ende in den ja meist unveränderten Alltag „einzubauen“ (Rosenbrock 2002a).

An der Eignung individuell ansetzender Prävention ohne Kontextbezug als Instrument der Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bestehen demnach erhebliche Zweifel.

4.2 Individuell ansetzende Primärprävention mit Beeinflussung des Kontexts

richtet sich regelmäßig an Menschen in ihrer häuslichen bzw. familiären Umgebung. Beispielhaft seien hier – einmalige oder wiederholte – Hausbesuche bei werdenden Eltern zur Vorbereitung auf das Leben mit dem Neugeborenen (z. B. Ernährung, Hygiene, Neurodermitis- und Unfallprävention) (Dierks et al. 2002), oder bei älteren Menschen zur altergerechten Anpassung der Wohnumgebung genannt (Kruse 2002, Walter 2004). In beiden Beispielen zielt die Intervention sowohl auf eine Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens (einschl. Hilfesuchverhalten, Inanspruchnahme sozialer Leistungen und der Krankenversorgung) als auch auf die situationsgerechte Gestaltung der technischen und sozialen Wohnumgebung. In beiden Fällen erscheint allerdings auch fraglich, ob diese Ziele mit einem einmaligen Besuch erreicht werden können⁷. In Finnland und den USA wurden erfolgreich Modelle mit

⁷ Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Veränderungen, die unmittelbar beim Hausbesuch bewirkt werden, und solchen, für die der Hausbesuch lediglich die Begründung der Notwendigkeit liefert (Indikationsstellung). Seine volle Wirksamkeit im Sinne der Kontextbeeinflussung entfaltet der Hausbesuch erst dann, wenn letztere tatsächlich durchgeführt werden.

sehr intensiver individueller Verhaltensbeeinflussung zur Senkung des Diabetes-Risikos durchgeführt, bei denen auch das persönliche Lebensumfeld im Hinblick auf förderliche und hemmende Bedingungen für die geforderten Verhaltensänderungen (v.a. Bewegung, Ernährung, Zigarettenrauchen) in das Konzept und in die Intervention einbezogen wurden (Diabetes Prevention Program Research Group 2002, Toumilehto et al. 2001) Auch die vorwiegend in der Sozialarbeit (mit und ohne expliziten Gesundheitsbezug) entwickelten - teilweise langfristig angelegten - Formen der Intervention in Familien (Familienfürsorge, Einzelfallhilfe, Familien-Management) können als Primärprävention mit Bezug zum „Setting Familie“ betrachtet werden (Mühlum et al. 1998). Die Wirksamkeit solcher Interventionen ist allerdings v.a. im Hinblick auf Nachhaltigkeit unklar bzw. strittig.

4.3 Settingbasierte Primärprävention

Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und auch den Nutzern/Bewohnern subjektiv bewusster sowie relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können. Neben dem Betrieb sind Kitas und Schulen sowie Stadtteile und soziale Brennpunkte wichtige und für Interventionen geeignete Settings.

Grundsätzlich lässt sich Primärprävention/Gesundheitsförderung im Setting auf zwei – nicht völlig trennscharfe – verschiedene Arten betreiben:

Primärprävention im Setting: Bei diesem Ansatz wird v.a. die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der Verhaltensbezogenen Prävention, z.B. im Hinblick auf die Großrisiken Fehlernährung, Bewegungsmangel, Stress, Drogengebrauch zu platzieren. Die Spannweite reicht von der Benutzung eines Settings als Einflugschneise bzw. Ablegeplatz für Informationen für eine bestimmte Zielgruppe bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting partizipativ gestalteten Programmen. Primärprävention im Setting ist zwar im Kern Verhaltensprävention, unterscheidet sich aber von der individuellen Prävention dadurch, dass die Zielgruppe/n nach ihrer Zugehörigkeit zum Setting ausgewählt und dort auch aufgesucht werden, weshalb grundsätzlich vergleichsweise gute Voraussetzungen für die Erreichbarkeit der Zielgruppen, die Anregung von Kommunikation und sozialer Unterstützung in der Zielgruppe und (damit) die Haltekraft von verhaltensmodifizierenden Präventionsprogrammen bestehen (z.B. Tabakprävention in Schulen: „Be Smart – Don’t Start“, Klasse 2000 etc.). Gesundheitsförderung im Setting kann auch – meist flankierend oder zur Erleichterung von Verhaltensmodifikationen – mit Veränderungen im Setting selbst verbunden sein und insofern auch Elemente der Verhältnisprävention, d. h. der Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting (s.u.) beinhalten⁸. Die Wirkung von Maßnahmen nach diesem Ansatz auf Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen ist unklar. Bei der Prävention von Tabakrauchen in der Schule nach diesem Ansatz („Be smart – Don’t start“) waren (eher schwache und ohnehin nur vorübergehende Wirkungen) am stärksten in Gesamtschulen sowie auch

⁸ Einen Grenzfall zwischen den beiden Typen der Setting-Interventionen stellt z.B. eine betriebliche Ernährungskampagne mit flankierenden Veränderungen in der Gemeinschaftsverpflegung (Kantine) dar.

(etwas schwächer) in Gymnasien, nicht aber bei Hauptschülern feststellbar (Wiborg, Hanewinkel, Kliche 2002).

Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings: Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung im Setting stehen bei der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings Partizipation und der Prozess der Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Im Kern steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiiierende und begleitende Intervention von außen Prozesse im Setting auszulösen, mit denen die Nutzer des Settings dieses tatsächlich nach ihren Bedürfnissen mitgestalten (*empowerment*). Jedes Projekt der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist gewissermaßen eine synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting. Insoweit in solchen Setting-Projekten auch Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen vorkommen (und sie tun dies meist auch), besteht der grundsätzliche Unterschied zu ähnlichen oder sogar gleichen Verhaltensinterventionen beim Ansatz „Gesundheitsförderung im Setting“ darin, dass solche Interventionen im Rahmen eines partizipativ gestalteten Prozesses der organisatorischen, sozialklimatischen etc. Veränderung des Settings von den Nutzern des Settings selbst identifiziert, angefordert und meist auch (mit-)gestaltet werden und insofern die partizipative Organisationsentwicklung flankieren oder ein Bestandteil von ihr sind. Es ist zum Beispiel hoch plausibel, dass – im Setting Betrieb - eine Schulung von betrieblichen Managern in menschengerechter Führung (Respekt, Anerkennung, Gerechtigkeit, Unterstützung (Geißler et al. 2003)) dann einen wesentlich größeren Impact auf Wohlbefinden und Zufriedenheit der Beschäftigten ausübt, wenn sie im Ergebnis einer von den Beschäftigten selbst vorgenommenen Problemanalyse und eines darauf gegründeten Vorschlages zustande kommt, als wenn sie ohne einen solchen Vorlauf von der Geschäftsleitung „verordnet“ wurde. Analoges gilt auch für Gesund-

heitskurse z.B. im Stressmanagement aber auch für betriebliche Kampagnen zum „rauchfreien Betrieb“. Es zeigt sich: Prävention funktioniert dort, wo kein Druck oder Zwang ausgeübt wird.

Im (idealen) Ergebnis soll ein gesundheitsförderliches Setting den Prozess der Organisationsentwicklung derart verstetigen, dass die dezentralen Erneuerungsprozesse durch die verschiedenen Bereiche des Settings wandern bzw. rotieren und sich das Setting auf diese Weise kontinuierlich stückweise jeweils in partizipativ gestalteten Diskursen „neu erfindet“. Im Ergebnis sollen die Nutzer/stakeholder des Settings das realitätsbegründete Gefühl haben, sich in einer Umwelt zu bewegen, die sie selbst nach ihren Bedürfnissen mit gestaltet haben und in der die formellen und informellen, die materiellen wie die immateriellen Anreize und Sanktionen Aktivierung, soziale Unterstützung und den Abbau von physischen und psychosozial vermittelten Gesundheitsbelastungen nahe legen bzw. belohnen bzw. unterstützen und auf diese Weise Veränderungen bewirkt werden, die gut sind für Wohlbefinden und Gesundheit der Nutzer. Interventionen in Settings haben grundsätzlich gegenüber individuellen Präventionsmaßnahmen den Vorteil, dass sich in ihnen gesundheitlich wichtige Einflüsse auf die Gesundheit sowie auf Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten bündeln und durch systemische Interventionen verändert werden können. Bei solchen Interventionen bleibt die enge Koppelung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht nur Programm. Da sich die Intervention auf das gesamte Setting bezieht, gibt es keine Diskriminierung von Zielgruppen, es kommt zu hierarchie- und gruppenübergreifender Kooperation und Kommunikation. Durch vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung werden gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt. Darüber hinaus erfüllt das Setting besser als alle bekannten Ansätze der Verhaltensprävention Voraussetzungen für Lernen bei geringer formaler Bildung: Informationen und Aktivitäten knüpfen am Alltag und an den

vorhandenen Ressourcen an, gemeinsam werden eigene Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt (Freire 1980, Baric, Conrad 2000). Zudem scheinen gesundheitliche Erfolge bei Setting-Interventionen auch zumindest über mehrere Jahre relativ stabil bleiben zu können (Lenhardt 2003, Minkler 1997).

In eigenen empirischen Untersuchungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurde herausgearbeitet, dass die wichtigste Voraussetzung zur Ingangsetzung und Beibehaltung des Prozesses eine formelle oder informelle Koalition betrieblich relevanter Akteure ist, die den Prozess wollen („advocacy coalition“), weil sie die Überzeugung („belief system“) teilen, dass durch partizipative Gesundheitsförderung sowohl auf der Verhaltens- wie auf der Verhältnisebene Ergebnisse erzielt werden können, die sowohl der Produktivität und Innovationskraft des Betriebes als auch dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Beschäftigten nützlich sind (Lenhardt et al. 1997, Berthoin Antal et al. 2003). Wie meist in der Präventionspolitik erhöht eine solche Kombination des Themas „Gesundheit“ mit einem anderen Thema die Durchsetzungschancen erheblich („Themenverbindung“: Rosenbrock 1996, Gerlinger 2003), ohne zugleich auch schon eine hinreichende Bedingung für den Beginn und Erfolg derartiger Prozesse zu sein. Ebenso wichtig scheint ein dauerhaft motivierter Akteur zu sein, der über entsprechende Fertigkeiten und Erfahrungen in der Vorbereitung, Durchführung und Qualitätssicherung derartiger systemischer Interventionen verfügt.

Mit plausiblen Begründungen wird derzeit v.a. überlegt, argumentiert und zum Teil auch schon erprobt, den Ansatz „gesundheitsförderliches Setting“ vom Betrieb auf die Schule zu übertragen (SVR 2003, Bd. II, Kap. 5.1). Dafür sprechen neben der anhaltenden öffentlichen Thematisierung der Probleme dieses Sektors ähnlich verbindliche Strukturen wie im Betrieb (die auch durch Macht und Herrschaft abgesichert sind) so-

wie auch Gesichtspunkte der quantitativen und qualitativen Relevanz des öffentlichen Bildungssektors für Gesundheitsförderung und Prävention. Durch entsprechende Auswahl der Schulen nach Ort (Orte bzw. Stadtteile mit großem Anteil von sozial Benachteiligten) und Art (Grund-, Haupt-, Berufs- und Sonderschulen) könnten im Erfolgsfall auch relevante Beiträge zur Verminderung sozial bedingter Chancenungleichheit geleistet werden.

Diskutiert und in Ansätzen erprobt wird ebenfalls, den Ansatz „gesundheitsförderliches Setting“ auch auf soziale Brennpunkte v.a. im städtischen Zusammenhang zu übertragen. Das stößt zunächst auf das Problem, dass „soziale Brennpunkte“ schwerer zu definieren und zu identifizieren sind als institutionelle Settings wie Schule und Betrieb und dass sie meist über keine feste Organisationsstruktur verfügen. Auf der anderen Seite werden im Rahmen des Bundes-Programms „Soziale Stadt“ zum Teil sehr gute Erfahrungen mit partizipativem Quartiersmanagement gemacht, dessen Gesundheitsförderlichkeit bzw. Übertragbarkeit auf Gesundheitsförderung bzw. Ergänzung durch Module der Gesundheitsförderung zu überprüfen wäre (Altgeld 2003, Buhtz et al. 2004).

Für alle diese Überlegungen gilt: Die Anwendung des Ansatzes der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist desto aussichtsreicher,

- je klarer identifizierbar und institutionalisiert die Akteure und Interessenträger (stakeholder) im/am Setting sind
- je mehr stabile Strukturen und Interaktionen und
- je mehr Verbindlichkeit es gibt und
- je geringer die Fluktuation ist.

4.4 Primärprävention durch Kampagnen

Eine Kampagne ist eine systematisch geplante Kombination von Maßnahmen (Einzelprojekten) zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele bei der Gesamtbevölkerung oder definierten Zielgruppen (Töppich 2004). Regelmäßig besteht das Kampagnenziel in einer Veränderung von gesundheitsrelevanter Wahrnehmung und gesundheitsrelevantem Verhalten in der Gesamtbevölkerung bzw. in der/den definierten Zielgruppe/n. In der Werbewirtschaft wird unter Kampagne die systematische Verbreitung von Werbebotschaften durch gezielten und ggf. kombinierten Einsatz von Massenmedien verstanden. Auch hier ist das Ziel ein verändertes (Kauf-)Verhalten. Bedauerlicherweise prägt das aus der Werbewirtschaft stammende Konzept einer Kampagne vielfach auch die Vorstellungen dieses Instruments in der gesundheitswissenschaftlichen bzw. gesundheitspolitischen Diskussion. Durch die Verkürzung auf die Frage der Nutzung von Massenmedien gerät dabei der für die gesundheitspolitische Bewertung entscheidende Unterschied oft aus dem Blickfeld. Dieser Unterschied besteht nicht darin, ob Massenmedien eingesetzt werden oder nicht, sondern ob eine Kampagne auf den Verhaltenskontext (die Lebensbedingungen, das Setting) der Bevölkerung bzw. Zielgruppen eingeht (und diese unter u. U. auch verändert) oder nicht.

Kampagnen ohne Kontextbezug

Kampagnen ohne relevanten Kontextbezug („Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“) richten sich in der Regel an die gesamte Bevölkerung, indem sie gesundheitsrelevante Botschaften transportieren, ohne jedoch auf die fördernden und hemmenden Bedingungen ihrer Annahme bzw. Umsetzung einzugehen oder gar diese zu verändern. Solche Kampagnen sind unaufwändig zu organisieren, haben aber einen, wenn überhaupt nur sehr geringen *impact* und gehören

regelmäßig in die Kategorie „symbolische Politik“. Typischerweise werden sie auch nicht im Hinblick auf gesundheitliche Wirkungen evaluiert. Sie entsprechen nicht (mehr) dem Stand des gesundheitswissenschaftlichen Wissens.

Kampagnen mit Kontextbezug

Das Erfolg versprechende Instrument bevölkerungsbezogener Kampagnen der nicht-medizinischen Primärprävention mit Kontextbezug wurde in der Bundesrepublik bislang nur sehr selten angewendet⁹. Große nicht medizinische Gesundheits-Kampagnen mit Kontextbezug gab es bislang eigentlich nur drei: Kampagne zum Sicherheitsgurt in den 60er Jahren (sehr erfolgreich) (Vieth 1988), mit der Trimm Aktion (ab 1970) und ihren bis 1994 laufenden Nachfolge-Kampagnen (zumindest phasenweise sehr erfolgreich) (Mörath 2005) und mit der HIV/Aids-Kampagne v. a. in den 80er und 90er Jahren (zumindest in den zentralen Zielgruppen ca. 15 Jahre sehr erfolgreich (Rosenbrock 1994, 2002b). Gerade das Beispiel Aids hat die Annahme widerlegt, dass Prävention nur mit Zwang und Druck funktionieren kann. Vielmehr hat sich das Gegenteil als richtig erwiesen

Eine Kampagne bedarf der Planung entlang der Logik des Public Health Action Cycle (Rosenbrock 1995). Dazu ist es erforderlich, die erforderlichen Interventionsschritte in einem Interventionskonzept zu beschrei-

⁹ Das methodische Fundament für diesen Interventionstyp wurde in den 70er Jahren in den USA mit städtebezogenen Kampagnen auf der Basis einer erweiterten „social marketing“ zur Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren gelegt (Farquhar 1990). Zum Teil baute die Deutsche Herzkreislauf Präventionsstudie (DHP) methodisch darauf auf (Forschungsverbund DHP 1998).

ben, mit dem die Maßnahmen/Aktivitäten gesteuert werden und das zugleich die Grundlage zur ständigen Überprüfung der Zielerreichung bildet.

Eine kontextbezogene Kampagne umfasst damit alle der Interventions-ebenen: neben der Information und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung/Zielgruppe, die über die Massenmedien erreicht werden soll, geht es immer auch um die Anregung von geplanten und spontanen Setting-Projekten (sowohl Gesundheitsförderung im Setting als auch Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting). Letztlich soll damit meist je individuelles Verhalten verändert werden, was wiederum auch durch Maßnahmen der individuellen Prävention (mit und ohne Kontextbezug) zusätzlich angeregt bzw. verstärkt werden kann.

5. Perspektiven

Gesundheitspolitik richtet sich nur sehr selten nach den durch die Epidemiologie und die vorhandenen Interventionsmöglichkeiten definierten Prioritäten (Levine, Lilienfeld 1987). Deshalb ist für die akademische Disziplin „Public Health“ als praxisorientierte Multidisziplin auch die Frage nach den Umsetzungsbedingungen Erfolg versprechender Ansätze von hoher Relevanz. Denn tatsächlich sind die Anwendung des hier skizzierten *state of the art* der Primärprävention und die Auswahl des dem jeweiligen Problem und der jeweiligen Zielgruppe angemessenen Interventionstyps gegenwärtig (noch) eher die Ausnahmefälle, und keineswegs die Regel.

Das im Sommer 2005 gescheiterte Präventionsgesetz¹⁰ verfolgte das anspruchsvolle Ziel, die primäre Prävention neben Kuration, Pflege und Rehabilitation zur vierten, eigenständigen Säule der Gesundheitssicherung aufzubauen. Maßstab zur Beurteilung der Qualität des Gesetzes (und aller folgenden Regelungsversuche) muss es sein, ob es Aktivitäten in hinreichender Quantität und Qualität hervorbringt bzw. auslöst bzw. ermöglicht, die dem *state of the art* entsprechen. Das ist zwar zunächst eine gesundheitswissenschaftliche Fachfrage (Was ist der *state of the art* für primärpräventive Interventionen? Welche Typen und Arten der Primärprävention kommen infrage?), im zweiten Schritt aber ein primär politisches Problem (Sind die „richtigen“ Akteure angesprochen? Sind Instrumente, Anreize und Ressourcen geeignet und ausreichend, um eine über Modellprojekte hinausgehende Dynamik in Richtung auf

¹⁰ Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitlichen Prävention“ (BT-Drucksache 15/4833) wurde nach ausführlicher Anhörung im Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am 9. März 2005 (Protokoll 15/95) am 22. April 2005 vom Bundestag verabschiedet. In seiner 811. Sitzung beschloss der Bundesrat am 27. Mai 2005 das Gesetz aufzuhalten und den Vermittlungsausschuss „mit dem Ziel der grundlegenden Überarbeitung“ anzurufen. Wichtigster Kritikpunkt war „die vorgesehene Finanzierung durch die Sozialkassen“ (BR-Drucksache 306/05) und damit jene Komponente des Gesetzesvorhabens, der die Länder im Herbst 2004 nach langen Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium ausdrücklich zugestimmt hatten. Allen Beteiligten muss klar gewesen sein, dass die Anrufung des Vermittlungsausschusses – fünf Tage nach der Ankündigung vorgezogener Neuwahlen zum Bundestag für den Frühherbst 2005 – das ‚Aus‘ für dieses Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode bedeutete. Zum Inhalt und zur Kritik des Gesetzes (vgl. Rosenbrock, Gerlinger 2006).

die Entwicklung einer Kultur der Primärprävention auszulösen und aufrecht zu erhalten?)

Wie in diesem Beitrag beschrieben ist der größte Ertrag im Hinblick auf Gesundheit und Lebenserwartung von Projekten zu erwarten, die wesentliche Lebenszusammenhänge/Lebenswelten/Settings zum Ansatzpunkt nehmen, in denen Angehörige sozial benachteiligter Gruppen einen relevanten Anteil ihrer sozialen Bindungen haben. Das können außer Betrieben Stadtteile/Quartiere, Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, Heime, u.ä. sein. Zur Identifikation geeigneter Settings sind deduktive und induktive Herangehensweisen denkbar.

Bei der deduktiven Herangehensweise könnte man theoretisch ein kriteriengeleitetes Kataster anlegen, mit dem geklärt werden kann, in welchen Lebenszusammenhängen/Settings hinreichend viele Menschen zu erreichen sind, die eines oder mehrere der folgenden vier Kriterien aufweisen: sehr niedriges Einkommen, sehr niedriger sozialer Status, sehr niedrige Schulbildung oder andere sozialen Benachteiligungen. Eine solche Herangehensweise hätte zwar den Vorteil der Systematik und der Flächendeckung, die Datenvoraussetzungen sind aber nur mit großem Aufwand herzustellen und nur in wenigen Regionen gegeben (z.B. Senatsverwaltung für Gesundheit 2004). Viel spricht deshalb für die induktive Herangehensweise, der auch die Praxis de facto folgt: Da Primärprävention ein gesellschaftlicher Entwicklungsauftrag, aber noch keine fachlich völlig ausgereifte Strategie ist, liegt es nahe, mit bestehenden Ansätzen zu arbeiten und sie auszubauen. Gesundheit Berlin e.V. hat mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf Basis einer umfangreichen Befragung im Schneeballverfahren ca. 2.600 Sozial- und Gesundheitsprojekte identifiziert, die sich mit sozial Benachteiligten beschäftigen. Ein Blick auf die Datenbank zeigt hohe Kreativität, hohe z.T. kulturspezifische Sensibilität und eine erstaunliche Fantasie, den ubiquitären Ressourcenmangel zu überbrü-

cken. Auf der anderen Seite zeigt sich auch, dass nur wenige dieser Projekte eine Wirksamkeitsbestimmung versuchen oder gar Qualitätssicherung betreiben (Kilian et al. 2004, Lehmann, Geene et al. 2006).

Von daher erscheint es sinnvoll, anhand bestehender Projekte die Potentiale des Settingansatzes zu beschreiben und zu systematisieren, zu verallgemeinern sowie verallgemeinerbare Verfahren der Projektsteuerung und Qualitätssicherung zu entwickeln. Ein partnerschaftlicher Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis ist erforderlich, um die Erkenntnisse aus solchen Projekten zu sichern und ihre Qualitätspotentiale zu mobilisieren. Dies wird zurzeit auf zwei Wegen versucht:

Im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“¹¹ arbeiten derzeit in elf Bundesländern so genannte „Regionale Knoten“, die vor Ort und bedarfsorientiert gesundheitsfördernde Aktivitäten für sozial benachteiligte Zielgruppen unterstützen, koordinieren und vernetzen und anhand der Kriterien guter Praxis fördern (Steinkühler 2006).

Am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung werden derzeit ausgewählte Projekte mit einem partizipativen Ansatz wissenschaftlich bei der Qualitätssicherung begleitet (Rosenbrock, Geene 2005).

Freilich kann nicht angenommen werden, dass auch eine ausgebaute Strategie der Schaffung gesundheitsförderlicher Settings mit und für sozial Benachteiligte die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen auch nur annähernd kompensieren könnte: die Einkom-

¹¹ Beteiligt sind u. a. alle Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Landesvereinigungen für Gesundheit, einzelne Länderministerien, die Bundesärztekammer sowie die Forschungsgruppen Public Health im WZB.

mens- und Vermögensverteilung in Deutschland zeigt seit vielen Jahren eine sich öffnende Schere, die Lohnquote sinkt beständig. Allein im Jahre 2005 stiegen die Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen um 16%, während der Anteil der Einkommen aus unselbständiger Arbeit sogar nominell erstmals um 0,5% abnahmen. Auch die Sekundärverteilung zeigt kein anderes Bild: Während der Spitzensatz der Einkommenssteuer von 48,5% auf 42% fiel, nahm die Anzahl von Kindern an und unter der Armutsgrenze um 500.000 zu (Martens et al. 2003). Hinzu kommt die Massenarbeitslosigkeit von ca. 5 Millionen Menschen (mit Familienangehörigen muss mit mehr als der doppelten Anzahl von Betroffenen gerechnet werden). Der Anteil der von Armut betroffenen Haushalte ist in den letzten Jahren von 12,1% (1998) auf 13,5% gestiegen (Bundesregierung 2005). Das im Sommer 2006 beschlossene ‚Elterngeld‘ wird dazu führen, dass künftig ca. 155.000 Familien mit einem Einkommen unter 30.000 Euro brutto sowie ca. 94.000 Empfänger von Arbeitslosengeld II künftig weniger Geld für die ersten beiden Lebensjahre eines Kindes haben werden, während sich unter den ca. 365.000 profitierenden Familien ca. 165.000 Familien mit einem Jahreseinkommen von mehr als 60.000 Euro brutto finden (taz 2006). Im Hinblick auf die Einkommensentwicklung fasst Hauser (2005) zusammen: „Wir sehen uns einem Prozess der zunehmenden Ungleichheitsentwicklung bei den Einkommen gegenüber, der kurz nach dem Beginn der Massenarbeitslosigkeit im Jahr 1974 eingesetzt hat und der nur bei kurzzeitigen, mit einem Rückgang der Arbeitslosigkeit verbundenen Konjunkturentwicklungen unterbrochen wurde. Diese Entwicklung vollzog sich bis zur Wiedervereinigung im Jahre 1990 nur in Westdeutschland, hat aber nach der Wiedervereinigung verschärft auf Ostdeutschland übergegriffen. Es gibt überdies aufgrund der im Rahmen der Agenda 2010 vorgenommenen Reformen – v. a. die Hartz IV-Gesetze – gut begründete Argumente, dass diese Entwicklung noch längere Zeit anhalten wird.“ Im Hinblick auf die Bildungschancen belegen auch die neu-

eren internationalen Vergleiche im Rahmen der PISA-Studien, dass in keinem anderen vergleichbaren Staat der Welt der Schulerfolg so stark von Einkommen und Bildung der Eltern abhängt wie in Deutschland (Prenzel et al. 2004).

Mit gesundheitsbezogener Primärprävention können also allenfalls geringe Anteile der in den Bereichen der impliziten Gesundheitspolitik entstehenden problematischen Lebenssituationen bearbeitet/kompensiert werden. Dennoch bleibt die hier beschriebene Primärprävention wichtig, weil damit einerseits Menschen in beengten Lebenslagen konkret unterstützt werden können und weil sie andererseits helfen kann, die zunehmend ungleiche Verteilung von Gesundheits- und Lebenschancen, die perspektivisch das gesellschaftliche Zusammenleben bedroht, auf der öffentlichen und politischen Agenda zu halten.

Literatur:

- Altgeld, T. (2003). Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren, Expertise für die Regiestelle des E&C-Programmes, Ms. Landesvereinigung für Gesundheit, Hannover
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Wiley, San Francisco, London
- Bagnara, S., Misiti, R., Wintersberger, H. (eds.) (1985). *Work and Health in the 1980s. Experiences of Direct Workers' Participation in Occupational Health*. edition sigma, Berlin
- Baric, L., Conrad, G. (2000): *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung*. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Berkman, L., Syme, L. (1979). Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents, in: *American Journal of Epidemiology*, Bd 109: 186-204

- Berthoin Antal, A., Lenhardt, U., Rosenbrock, R. (2003). Barriers to Organizational Learning, in: Dierkes, M., Berthoin Antal, A. et al. (eds.): Handbook of Organizational Learning and Knowledge. Oxford University Press, Oxford: 865-885
- Beske F. (2005). Prävention. Ein anderes Konzept, Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystem-Forschung Band 103. Eigenverlag, Kiel
- Buhtz, M., Gerth, H., Bär, G. (2004). Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen, Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Weeber + Partner, Berlin
- Bundesregierung, (2005). Lebenslagen in Deutschland. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Bonn
- Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction in the Incidence of Type 2 diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin, in: New England Journal of Medicine (NEJM), Vol 346, No. 6: 393-402

- Dierks, M. L., Buser, K., Busack, L., Walter, U. (2002). Aufsuchende Beratung – Ein Konzept zur Primärprävention von Neurodermitis bei Kleinkindern. In: Walter, U., Drupp, M., Schwartz, F. W. (Hrsg.): 111-120
- Emmons, K.M. (2001). Behavioral and Social Science Contributions to the Health of Adults in the United States. In Smedley, B.D., Syme, S.L. (eds.): 254-321. National Academy Press, Washington
- Farquhar, J.W., Fortmann, S., Flora, J.A. et al. (1990). Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. In: Journal of the American Medical Association (JAMA) 264: 359–365
- Forschungsverbund DHP (Hrsg.) (1998). Die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Huber, Bern
- Freire, P. (1980). Pedagogy of the Oppressed. Penguin Books, Harmondsworth
- Fries, J.F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity, 139: 455-9
- Geißler, H., Bökenheide, T., Geißler-Gruber, B., Rinninsland, G., Schlünkes, H. (2003). Der Anerkennende Erfahrungsaustausch.

Das neue Instrument für die Führung. Von der Fehlzeitenverwaltung zum Produktivitätsmanagement. Campus, Frankfurt/ M.

Gerlinger, T. (2003). Innovationsdynamiken und Innovationsblockaden in Public Health und Gesundheitspolitik. Habilitationsschrift, Universität Bremen, Berlin 2003 (Ms.)

Hauser, R. (2005). Zur Entwicklung von Armut und Reichtum in Deutschland. Kommentare zu den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung. Vortrag DGS-Sektion „Soziale Indikatoren“ am 2./3. Juni 2005 im WZB (Ms.), Berlin: 2

House, J.S. (1981). Work Stress and Social Support. Reading (MA). Addison-Wesley, ohne Ortsangabe

Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.) (2004). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber, Bern

Karasek, R.A., Theorell, T. (1990). Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. Basic Books, New York

Kilian, H., Geene, R., Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Gesundheit Berlin, Berlin

- Kirschner, W., Radoschewski, M., Kirschner, R. (1995). § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Asgard, St. Augustin
- Krämer, W. (1997). Wir kurieren uns zu Tode. Rationierung und die Zukunft der modernen Medizin. Ullstein, Berlin
- Kruse, A. (2002). Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Schriften des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 146. Nomos, Baden-Baden
- Labisch, A. (1992). Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Campus, Frankfurt / M., New York
- Lehmann, F., Geene, R. et al. (2006²). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. BzGA, Köln
- Lenhardt, U. (2003). Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11. Jg., Heft 1: 18-37
- Lenhardt, U., Elkeles, T., Rosenbrock, R. (1997) Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsauf-

nahme zur Verursachung, Verbreitung und Verhütung. Juventa
Weinheim, München

Levine, S., Lilienfeld, A. (eds.). (1987). *Epidemiology and Health Policy*.
Tavistock, New York

Martens, R. (2003). *Der Einfluss der Agenda 2010 auf Personen und
Haushalte mit Kindern in Deutschland: Zusammenlegung von
Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe, Expertise, mimeo. Der Paritäti-
sche Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, www.paritaet.org
(letzte Abfrage 20.2.04)*

McKeown, T. (1982). *Die Bedeutung der Medizin - Traum, Trugbild oder
Nemesis*. Suhrkamp, Frankfurt / M.

MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
e.V. (2004): *Leistungen der Primärprävention und der betriebli-
chen Gesundheitsförderung – Dokumentation 2002*. MDS, Es-
sen

Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in
die aktuelle Diskussion*. Huber, Berlin

Minkler, M. (1997). *Community Organizing and Community Building for
Health*. Rutgers University, New Brunswick, New Jersey, Lon-
don

- Mörath, V. (2005). Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994, Discussion Paper SP I 2005-302, Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin
- Mühlum, A. et al. (1998). Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Positionsestimmung des Arbeitskreises Sozialarbeit und Gesundheit, in: Blätter für Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 5+6: 116-121
- Naidoo, J., Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung, BzgA. (Hrsg). BzgA, Köln
- Prenzel, M. et al. (Hrsg.) (2004): PISA 2003. Der Bildungsstand der Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs. Waxmann, Münster
- Rosenbrock, R. (1994). Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften / Journal of Public Health, 2. Jg., Heft 3: 233-244
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg., Heft 3: 140-144
- Rosenbrock, R. (1997). Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik - Erfahrungen aus dem letzten Jahrzehnt, in:

Th. Altgeld et al. (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Juventa, Weinheim, München: 37-51

Rosenbrock, R. (2002a). Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität, in: U. Walter, M. Drupp, F. W. Schwartz (Hrsg.): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa, Weinheim, München

Rosenbrock, R. (2002b). Aids-Prävention – eine gefährdete Innovation, in: Retrovirus Bulletin, Nr. 4/2002: 7-8

Rosenbrock, R., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2002). Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23. edition sigma, Berlin

Rosenbrock, R., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.) (2004). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band Nr. 8. Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven

Rosenbrock, R. (2004a). Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Herausforderungen für Praxis, Wissenschaft und Poli-

tik. In: Koch, U., Pawils S. (Hrsg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Juventa (i. E.), Weinheim, München

Rosenbrock, R. (2004b). Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik, in: Das Gesundheitswesen, Jg. 66: 146-152

Rosenbrock, R. (2006): Das „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“. Ein Regelungsversuch, in: Prävention und Gesundheitsförderung. Band 1, Heft 1: 6 - 11

Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. 2. vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Rosenbrock R., Geene R. (2005). Erfahrung nutzen - Wissen vertiefen - Praxis verbessern. Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Forschungsantrag. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Gesundheit Berlin e.V., Berlin

Schwartz, F.W., Bitzer, E.M. et al. (1999). Gutachten „Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland – Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin

SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (2002), Gutachten 2000/2001. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Nomos, Baden-Baden

SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Nomos, Baden-Baden

SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen), Gutachten 2005. Kohlhammer, Stuttgart

Smedley, B.D., Syme, S.L. (eds.) (2001). Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington D.C.

Steinkühler, J. (2006). Aktivitätenvielfalt in den regionalen Knoten. Info Ges-förd (Z Ges Berlin) 6: 7

taz vom 13.05.2006: 2

Töppich, J. (2004). Evaluation und Qualitätssicherungskonzepte in der Prävention und Gesundheitsförderung der BZgA, Vortrag auf

der Fachtagung EpiBerlin am 12.2.04: „Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung“, Ms.

Trojan, A. (Hrsg.) (1986). Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Fischer, Frankfurt/M.

Tuomilehto, J., Lindstrom, J. et al. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344/18: 1343-1350

Vieth, P. (1988). Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, Berlin: 88-203

Walter, U. (2004). Präventive Hausbesuche. *Public Health Forum*, 12/42: 14-15

Wiborg, G., Hanewinkel R., Kliche, K.O. (2002). Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart – Don't Start“: eine Analyse nach Schularten. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127: 430-436

Wright, M.T. (2004). Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings, Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von

Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Berlin

Zapf, W. (1994). Über soziale Innovationen, in: ders.: Modernisierung, Wohlfahrtsentwicklung und Transformatio. edition sigma, Berlin

Zola, I. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. Sociological Review, 20: 487-504

Nachhaltige Finanzierungskonzepte für die GKV

Eberhard Wille, Christian Igel

Mit der umfassenden Darstellung und Diskussion nachhaltiger Finanzierungskonzepte für die GKV ließen sich ganze Vortragsreihen ausrichten oder umfassende Konferenzbände füllen. Der hier vorgegebene Rahmen ermöglicht beides nicht, er erlaubt aber eine Fokussierung auf die wichtigsten Kernpunkte.

1. Die GKV zwischen Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis und Ausgabendynamik

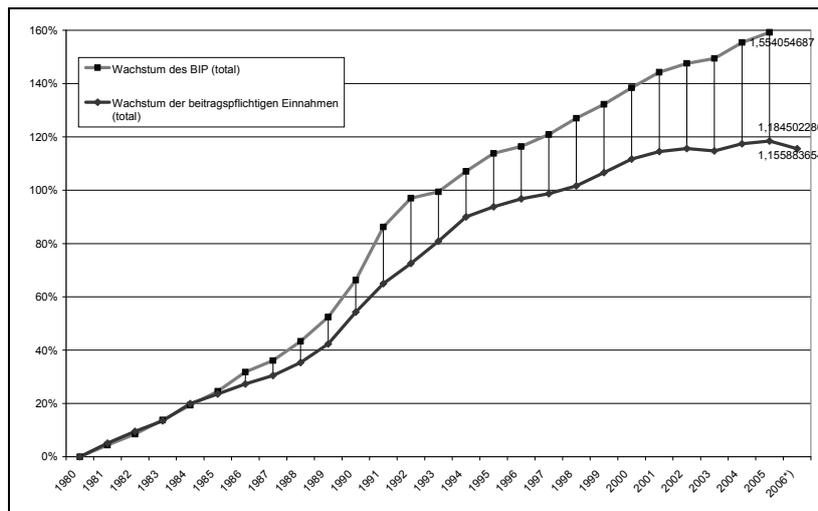
Die Beitragsbemessungsgrundlage und damit die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV und der sozialen Sicherungssysteme im Allgemeinen setzen sich im Wesentlichen aus Löhnen und Renten zusammen. Trägt man das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen bezogen auf die alten Bundesländer zur Basis des Jahres 1980 ab (vgl. Abbildung 1) und vergleicht dieses mit der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes (BIP), so zeigt sich bis zum Jahr 2005 eine Wachstumsdifferenz zu Ungunsten der GKV von fast 37 Prozentpunkten. Schon ab dem Jahr 1985 nehmen die beitragspflichtigen Einnahmen schwächer zu als das BIP.

Sofern die Entwicklung der im Gesundheitswesen produzierten Güter und Dienstleistungen und auch die Leistungen der GKV mit dem Wachstum der Güterproduktion in der gesamten Volkswirtschaft Schritt halten sollen, erscheint diese Wachstumsdifferenz zwischen dem BIP und den

beitragspflichtigen Einnahmen der GKV bedenklich, denn bei gleichem Wertewachstum bleibt die Finanzierungsbasis der GKV hinter der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung zurück. Dieser empirische Befund gewinnt im Zusammenhang mit dem Postulat der Beitragssatzstabilität insofern an Bedeutung, als er impliziert, dass die Beitragssätze in der GKV bereits zunehmen, wenn die Ausgaben mit einer ähnlichen Rate wie das BIP wachsen.

Um auch die Effekte von Veränderungen in der Mitgliederzahl der GKV zu berücksichtigen, geht die folgende Betrachtung (Abbildung 2) von den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aus, vergleicht diese mit dem BIP je Erwerbstätigen und bestätigt tendenziell die bisherigen Ergebnisse.

Abbildung 1: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP seit 1980 (alte Bundesländer)



*) Die Werte des Jahres 2006 sind vorläufige Ergebnisse nach KV 45.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000-2007, Institut der deutschen Wirtschaft 1998, 1999, 2000, 2001, Statistisches Bundesamt 2000, 2002, Arbeitskreis VGR 2004-2006, 2007a u. b, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

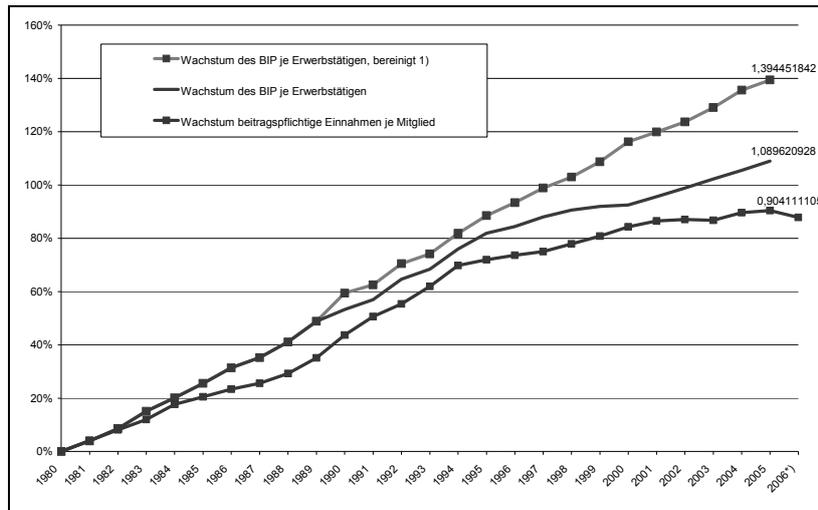
Im Vergleich zu den Wachstumsdifferenzen zwischen BIP und beitragspflichtigen Einnahmen in der Totalbetrachtung (Abbildung 1) fällt die Wachstumsschere in der Pro-Kopf-Betrachtung geringer aus. Bis zum Jahr 2005 liegt das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen lediglich knapp 19 Prozentpunkte unterhalb des Wachstums von BIP je Erwerbstätigen. Verantwortlich dafür zeichnet eine Anpassung der Statistik

der Erwerbstätigen. Die Neubewertung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen bewirkt eine erhebliche Ausweitung der Erwerbstätigenzahl (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2003). Wenngleich der Sozialversicherung seit jüngster Zeit geringe Beiträge aus solchen Beschäftigungsverhältnissen zufließen, ändert die bloße Existenz einer solchen Tätigkeit im Allgemeinen nichts am Versicherungsverhältnis als beitragsfrei mitversichertes Familienmitglied.

Die Zahl der Mitglieder bleibt damit unberührt, was zu einer Unterzeichnung der relativen Wachstumsschwäche führt. Bereinigt man die Erwerbstätigenzahl und damit das BIP je Erwerbstätigen um die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse tritt die Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis der GKV umso deutlicher hervor¹. Wie Abbildung 2 zeigt, übersteigt das bereinigte BIP je Erwerbstätigen die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV von 1980 bis 2005 um über 49 Prozentpunkte.

¹ Beim bereinigten BIP wurde die Erwerbstätigenzahl um die ausschließlich geringfügig Beschäftigten korrigiert. Die Korrekturwerte für den Zeitraum von 1990 bis 1998 orientieren sich an den Ergebnissen des Mikrozensus. Ab dem Jahr 1998 erfolgt die Korrektur nach der BA-Statistik. Grundsätzlich wurde die Erwerbstätigenstatistik nur um ausschließlich geringfügig Beschäftigte bereinigt, da es auch Erwerbstätige gibt, die neben einer geringfügigen auch eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausüben.

Abbildung 2: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigen seit 1980 (alte Bundesländer)



*) Die Werte des Jahres 2006 sind vorläufige Ergebnisse.

- 1) Die Zahl der Erwerbstätigen hat sich durch die Neubewertung gegenüber den früheren Werten erhöht. Beim bereinigten BIP wurde die Erwerbstätigenzahl um die ausschließlich geringfügig Beschäftigten korrigiert. Korrekturwerte 1990 bis 1998 nach Mikrozensus ab 1998 nach BA-Statistik.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000-2007, Institut der deutschen Wirtschaft 1998, 1999, 2000, 2001, Statistisches Bundesamt 2000, 2002, 2006, Arbeitskreis VGR 2004-2006, 2007 a u. b, BKK-Statistik 2006, Mikrozensus nach IAB Werkstattbereich 2003, Bundesanstalt für Arbeit 2006, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Ein Blick auf die dominanten Einflussgrößen, die auf die Einnahmefinanzierung der GKV einwirken, führt zu der Feststellung, dass das relativ bescheidene, d.h. zur Steigerung des BIP unterproportionale, Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei gegebener Beitragsgestaltung, noch auf absehbare Zeit anhält. Zunächst übt die Globalisierung einen Druck auf die Arbeitsentgelte aus, der sich bei den mittleren und unteren Lohngruppen und damit wegen der Beitragsbemessungsgrenze fiskalisch in besonders starkem Maße auswirkt. Die daraus resultierenden Preis-, Lohn- und Mengeneffekte tangieren umlagefinanzierte Versicherungssysteme, deren Beiträge sich primär auf Arbeitsentgelte stützen, weitaus stärker als kapitalgedeckte Versicherungen².

Für das schwache Wachstum der Finanzierungsbasis bzw. der Beitragseinnahmen in der GKV zeichnen noch folgende überwiegend strukturelle Einflussfaktoren verantwortlich, die auch künftig restriktiv auf die Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. Beiträge je Mitglied einwirken (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003):

- mäßiges Wachstum der Arbeitsentgelte, u.a. durch veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren (z.B. unstete Beschäftigung, nicht versicherungspflichtige Werkverträge),

² Die beitragsfinanzierten sozialen Krankenversicherungssysteme anderer Länder, wie z. B. diejenigen Frankreichs und Österreichs, sehen sich derzeit mit ähnlichen fiskalischen Problemen konfrontiert (siehe FAZ vom 23.01.2004, vom 17.05.2004 und vom 19.05.2004).

- Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung von Weihnachtsgeld im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge³,
- weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion sowie
- vorgezogene Verrentungen⁴ und längere Lebens- und Verrentungszeit.

Daneben trugen ein zunehmender Anteil von Rentnern, eine steigende Arbeitslosenzahl und diverse Verlagerungen von Defiziten zwischen den Teilen der sozialen Sicherung, die fiskalisch fast immer zu Lasten der GKV gingen, dazu bei, dass die beitragspflichtigen Einnahmen im Wachstum deutlich hinter dem BIP zurückblieben.

Für eine moderate Entwicklung der Ausgaben der GKV spricht die weitgehende Konstanz des Verhältnisses zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 1975 bis 2005. Die GKV-Leistungsausgaben nahmen bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen in diesem Zeitraum um knapp 4 Prozentpunkte, zu. Der plakative Begriff von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswe-

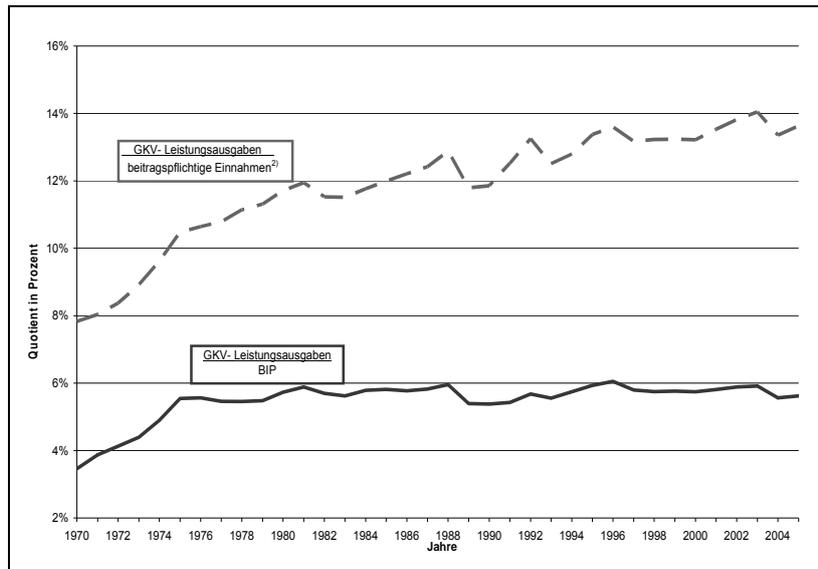
³ Das Altersvermögensgesetz (AvmG) vom 26.06.2001, das den Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge vorsieht, gewährt den Arbeitnehmern einen individuellen Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung. Es stellt bis Ende 2008 bei einer entsprechenden Entgeltumwandlung bis zu 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV (altes Bundesgebiet) außerhalb des Arbeitsentgeltes und damit beitragsfrei.

⁴ Eine starke Entlastung des Arbeitsmarktes könnte die Anreize zur vorgezogenen Verrentung abschwächen.

sen trifft insofern für die Leistungsausgaben der GKV nur für die erste Hälfte der 70er Jahre zu. Ab diesem Zeitpunkt ging die Steigerung der Beitragssätze in erster Linie auf die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und nicht auf eine „Ausgabenexplosion“ zurück (siehe auch Breyer et al. 2004).

Die aus Abbildung 3 ersichtliche weitgehende Konstanz des Verhältnisses zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem BIP zwischen 1975 und 2005 trat aber nicht automatisch im Zuge einer endogenen Entwicklung ein, sondern bildet das Resultat zahlreicher diskretionärer staatlicher Eingriffe.

Abbildung 3: Verhältnis von GKV- Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 2005 (alte Bundesländer)



*) GKV-Leistungsausgaben für 2005 nach KV 45.

- 1) Ab 1978 geänderte Berechnungsmethode, schränkt die Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren ein; ab 1991 wird Berlin- Ost den alten Bundesländern zugeordnet.
- 2) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Gesundheit 2000-2006, Arbeitskreis VGR der Länder 2006, eigene Berechnungen.

Mit Hilfe von sog. Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen wie

- dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27.06.1977,
- dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22.12.1981,
- dem Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988,
- dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992,
- dem Beitragsentlastungsgesetz vom 1.1.1997,
- dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vom 17.12.1999 und
- dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003

und weiterer sogenannte Kostendämpfungsmaßnahmen gelang es - wenn auch jeweils nur für eine kurze Frist -, die Wachstumsrate der GKV-Ausgaben unter die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zu drücken und so die Beitragssätze zeitweilig zu stabilisieren. Infolge der relativen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis reichte dieses vergleichsweise moderate Ausgabenwachstum aber nicht aus, um in diesem Zeitraum auch stabile Beitragssätze zu verwirklichen. Es liefe jedoch auf eine Fehlinterpretation hinaus, diesen Kostendämpfungsmaßnahmen jegliche fiskalische Erfolge bzw. Effekte abzusprechen. Ohne diese diskretionären Eingriffe in die Ausgabenentwicklung wäre der Anteil der GKV- Leistungsausgaben am BIP zweifellos deutlich angestiegen und damit das Ziel der Beitragssatzstabilität noch weit stärker verfehlt worden.

2. Die soziale Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung

Von den vielschichtigen Determinanten der Gesundheitsausgaben will ich Ihnen jetzt nur die Auswirkung von einer einzigen am Beispiel der sozialen Pflegeversicherung kurz darstellen, gemeint ist der Altenquotient.

Unter ökonomischen Aspekten interessieren im Kontext der demographischen Entwicklung weniger das Durchschnitts- oder Medianalter einer Bevölkerung als vielmehr die Veränderung von Bevölkerungsanteilen bzw. von bestimmten Altersgruppen. Bezogen auf die Probleme im Bereich der Sozialversicherung bietet es sich z.B. an, die jungen und alten Bevölkerungsgruppen ins Verhältnis zur mittleren Altersgruppe zu setzen. So zeigt zum Beispiel der Jugendquotient das Verhältnis der unter 20-jährigen an den 20- bis 65-jährigen Personen und der Altenquotient den Anteil der 65-jährigen und Älteren an den 20- bis 65-jährigen an. Jugend- und Altenquotient bilden zusammen den System- bzw. Gesamtlastquotienten, der – wenn auch nur sehr grob – die Relation zwischen dem nichterwerbstätigen und dem erwerbstätigen Bevölkerungsanteil widerspiegelt. Da vor allem hochbetagte Menschen einer Pflege bedürfen, bietet sich im Hinblick auf die Absicherung des Pflege-risikos noch ein zusätzlicher Altenquotient „85“ an, der die 85-jährigen und Älteren auf die 20- bis 65-jährigen Personen bezieht. Diese Relation besitzt gerade für die künftigen Finanzierungs- und Versorgungsprobleme in der SPV eine relevante Aussagekraft.

Die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes geht im Hinblick auf die Geburtenentwicklung zum einen davon aus, dass die zusammengefasste Geburtenziffer bis zum Jahre 2050 auf dem niedrigen Niveau von 1,4 konstant bleibt. In einer zweiten Variante unterstellt sie eine von 1,4 auf 1,6 steigende Geburtenziffer,

wobei der Anstieg bis zum Jahr 2025 erfolgt. Ab dann bleibt die Geburtenziffer konstant. Eine 3. Variante unterstellt bis zum Jahr 2050 eine leicht fallende Geburtenziffer (1,2). Weiterhin stützt sich die Vorausberechnung auf je zwei Annahmen zur Lebenserwartung und zum Wanderungssaldo, was die in Tabelle 1 dargestellten Varianten ergibt.

Tabelle 1: Annahmen und Varianten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Jährlicher Wanderungssaldo bis zum Jahr 2050: 100 000 Personen (W1) 200 000 Personen (W2)	Geburtenhäufigkeit (durchschnittliche Kinderzahl je Frau)		
	annähernd konstant: 1,4	leicht steigend von 1,4 auf 1,6 (2006-2025), danach konstant	leicht fallend bis 2050 auf 1,2
Annahmen zur Lebenserwartung bei Geburt (im Alter von 60) im Jahr 2050			
Basisannahme m: 83,5 (25,3) Jahre w: 88,0 (29,1) Jahre	Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze) Variante 1 - W2 („mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze)	Variante 3 - W1 Variante 3 - W2 („relativ junge“ Bevölkerung)	Variante 5 - W1 Variante 5 - W2
hoher Anstieg m: 85,4 (27,2) Jahre w: 89,8 (30,9) Jahre	Variante 2 - W1 Variante 2 - W2	Variante 4 - W1 Variante 4 - W2	Variante 6 - W1 „relativ alte“ Bevölkerung Variante 6 - W1

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2006

Der Altenquotient „65“⁵ nimmt, wie Tabelle 2 ausweist, selbst unter den moderaten Annahmen der 3. Variante bei einem Wanderungssaldo von 200.000 von 31,7 auf 58 also um fast 83% zu. Nach der mittleren Variante steigt dieser, abhängig vom unterstellten Wanderungssaldo

⁵ Der Altenquotient „60“, der das Verhältnis zwischen den 60-jährigen und Älteren zu den Personen im Alter von 20 bis unter 60 Jahren angibt, lässt diesen Wandel der Bevölkerungsstruktur sogar noch stärker hervortreten.

(100.000 bzw. 200.000), auf 64,3 bzw. 60,1 also um leicht mehr bzw. knapp weniger als das Doppelte. In der Variante 6 (Wanderungssaldo 100.000) steigt der Altenquotient bis zum Jahr 2050 sogar auf 70,9. Dieses ist gleichbedeutend mit einem Anstieg von mehr als 123%.

Tabelle 2: Altenquotient „65“ (65-jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren) Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (ab 2010)

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3-W2	Untergrenze Variante 1-W1	Obergrenze Variante 1-W2	Variante 6-W1
2005	31,7	31,7	31,7	31,7
2010	33,5	33,6	33,5	33,7
2020	38,0	38,7	38,0	39,5
2030	50,2	52,2	50,3	54,2
2040	57,2	61,4	58,0	65,3
2050	58,0	64,3	60,1	70,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Da die Leistungsprofile der Pflegebedürftigen im Unterschied zu den Patienten der GKV erst mit einem deutlich höheren Alter, dann aber wesentlich stärker ansteigen, interessiert im Hinblick auf die Finanzierungs- und Versorgungsprobleme der SPV nicht nur der Altenquotient „65“, sondern darüber hinaus auch der Altenquotient „85“. Dieser Quotient, der die 85-jährigen und Älteren mit den 20- bis unter 65-jährigen in Beziehung setzt, nimmt von 2006 bis 2050, wie Tabelle 3 zeigt, je nach den Annahmen der Vorausberechnung um über das Vierfache bis zum

Sechsfachen zu. In diesem Kontext verdeutlicht Tabelle 3, dass sich dieses Wachstum des Altenquotienten „85“ ab dem Jahre 2020 deutlich verschärft.

Tabelle 3: Altenquotient „85“ (85-jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 85 Jahren) Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (ab 2010)

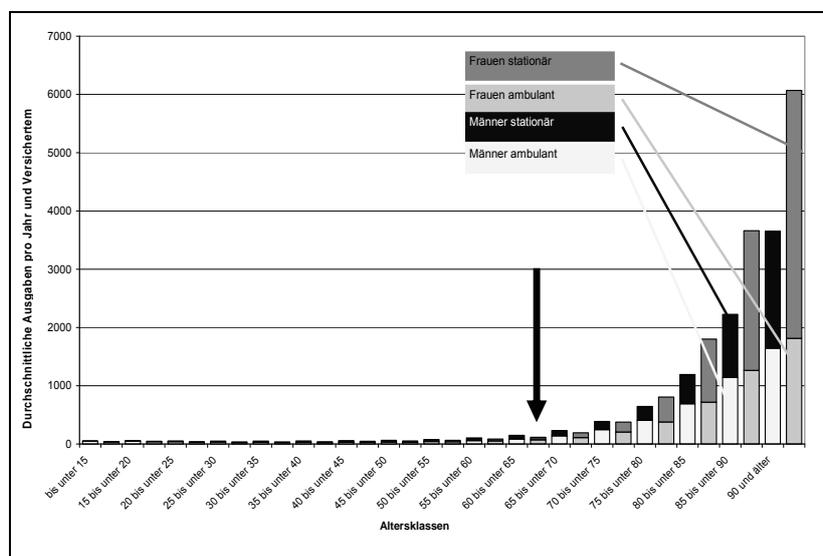
Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3-W2	Untergrenze Variante 1-W1	Obergrenze Variante 1-W2	Variante 6-W1
2006	3,2	3,2	3,2	3,2
2010	3,9	3,9	3,9	3,9
2020	5,3	5,3	5,3	5,7
2030	7,5	7,9	7,6	8,9
2040	9,6	10,4	9,7	12,3
2050	14,1	15,9	14,6	19,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Abbildung 4 zeigt die Leistungsprofile der Pflegebedürftigen exemplarisch für das Jahr 2003. Bis zur Altersklasse der 75- bis zu unter 80-jährigen übersteigt das Ausgabenprofil der Männer das entsprechende der Frauen. Dabei nimmt der ambulante Teil in beiden Gruppen das größte Gewicht ein. Ab der Altersklasse der 80- bis unter 85-jährigen übersteigt das erwartete Ausgabenprofil je sozial pflegeversicherter Frau den Komplementärwert der Männer. Die stationären Leistungen gewinnen stetig an Gewicht und nehmen ab der Altersklasse 85 den größten Anteil der Ausgaben ein. Wie die Darstellung zeigt, unterscheiden sich

die Ausgabenprofile von Männern und Frauen im ambulanten Bereich weitaus weniger als im stationären Bereich. Die deutlich höheren Leistungsausgaben der Frauen gehen hauptsächlich auf den Anstieg der stationären Leistungen zurück. Da Männer eine geringere Lebenserwartung als Frauen besitzen, und Frauen entsprechend in diesen Altersklassen eher allein stehend sind und eine ambulante Pflege durch das Fehlen des Lebenspartners häufig ausscheidet, überrascht dieses Ergebnis nicht. Bis zur Altersklasse der 70- bis unter 75-jährigen erreicht das erwartete Ausgabenprofil lediglich ein Niveau unterhalb 400,- € je Versicherten und Jahr.

Abbildung 4: Kopfschadenprofil der SPV differenziert nach Alter, Geschlecht sowie ambulanter und stationärer Pflegeleistung



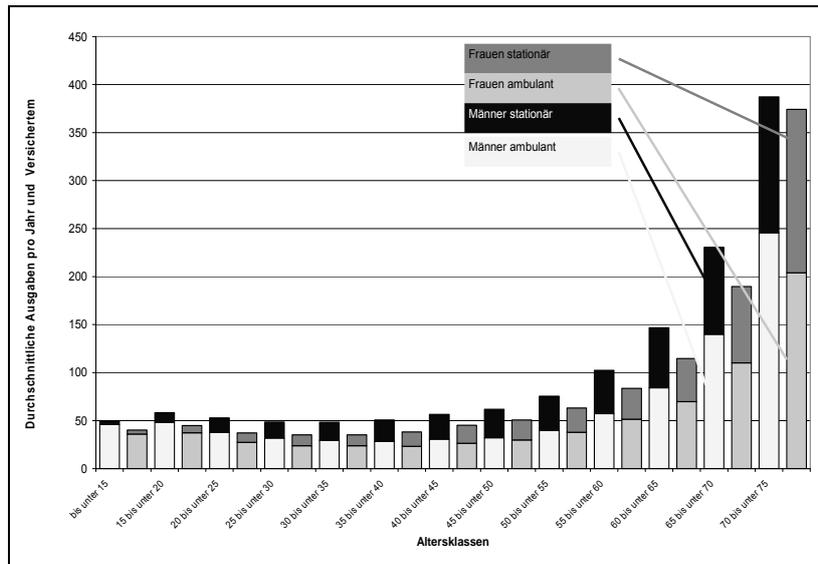
Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 5 zeigt eine Ausschnittsvergrößerung der Ausgabenprofile bis zu dieser Altersklasse, um eine bessere Darstellung der Werte zu erreichen⁶. Danach gehen die Ausgaben rapide und in viel stärkerem Ausmaß als in der GKV nach oben.

Um in der SPV eine fiskalische Nachhaltigkeit, ein Abrücken von der Lohnbezogenheit der Beiträge und eine Eindämmung der impliziten Staatsschuld zu erreichen, bietet sich eine (Teil-)Kapitaldeckung an. Das derzeitige umlagefinanzierte System verletzt insofern die intergenerative Gerechtigkeit, als es bei ständig steigenden Beiträgen infolge des Wandels der demographischen Struktur die interne Rendite jüngerer Jahrgänge erheblich verschlechtert. Von allen Zweigen der sozialen Sicherung eignet sich die SPV aus fiskalischen und intergenerativen Gerechtigkeitsaspekten am ehesten bzw. besten für eine (Teil-) Kapitaldeckung (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004, Ziffer 546).

⁶ Die entsprechenden Ausgabenprofile für die Jahre 1998 bis 2002 finden sich in den Abbildungen A- 36 bis A- 46.

Abbildung 5: Selektion des Kopfschadenprofils der SPV differenziert nach Alter, Geschlecht sowie ambulanter und stationärer Pflegeleistung bis zur Altersklasse 70-75



Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Jede Kapitaldeckung innerhalb eines beliebigen Zweiges der sozialen Sicherung dient vor dem Hintergrund des demographischen Wandels der intergenerativen Gerechtigkeit und mindert die implizite Staatsschuld, die letztlich in der ursprünglichen Einführung des Umlageverfahrens wurzelt. Eine völlige Umstellung vom Umlageverfahren auf Kapitaldeckung belastet die jeweilige Generation, d.h. die betroffenen Alterskohorten⁷), gleich zweifach, denn sie sieht sich dann gezwungen, zum

⁷ Diese Terminologie erfolgt hier aus modellhaften Vereinfachungsgründen. In der Realität handelt es sich um mehrere (überlappende) Generationen.

einen für die Absicherung ihres Risikos anzusparen und zum anderen jene Mitbürger zu alimentieren, die dies aus Altersgründen nicht mehr vermögen. Diese Generation tilgt dann quasi die implizite Staatsschuld, die bei der Einführung des Umlageverfahrens entstand. Im Vergleich mit der GKV und GRV sprechen im Sinne gesamtwirtschaftlicher Ziele zwei zentrale Tatbestände für eine (Teil-) Kapitaldeckung der SPV: Zunächst weist das Risikoprofil der Pflegeversicherung eine besonders starke Demographieabhängigkeit mit einem bei zunehmenden Alter sehr steilen Kostenverlauf auf. Ferner fällt der Finanzbedarf bei der Pflege deutlich stärker als bei Krankheit und Rente in den letzten Lebensjahren an. Damit verbleibt für einen erheblich größeren Teil der Bevölkerung noch eine hinreichende bzw. relevante Zeitspanne für die notwendigen Ansparprozesse.

Vor dem Hintergrund der obigen Überlegungen überrascht es nicht, dass die meisten Gremien oder Autoren, die Reformvorschläge unterbreiten, eine partielle oder vollständige Kapitaldeckung in der SPV vorsehen. Da ein vollständiger Übergang zur Kapitaldeckung der SPV den Finanzierungsspielraum der öffentlichen Haushalte für anderweitige Reformvorhaben, z.B. für kassenspezifische Gesundheitspauschalen im Bereich der GKV, stark einengt, bietet sich unter den gegebenen und in absehbarer Zeit zu erwartenden Umständen bzw. volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf mittlere Frist als pragmatische Lösung eine Teilkapitaldeckung an. Diese tritt dann zum bestehenden Beitragssystem quasi als 2. Säule hinzu und dient dazu, sowohl das bestehende Versorgungsdefizit zu beseitigen als auch die künftige Demographielücke fiskalisch zu schließen.

3. Schwächen des geltenden Finanzierungssystems

Die spezifisch solidarische Finanzierung der GKV, die in distributiver Hinsicht über eine private Versicherung mit risikoäquivalenten Prämien hinausgeht, besteht in Form einer ex ante-Umverteilung von

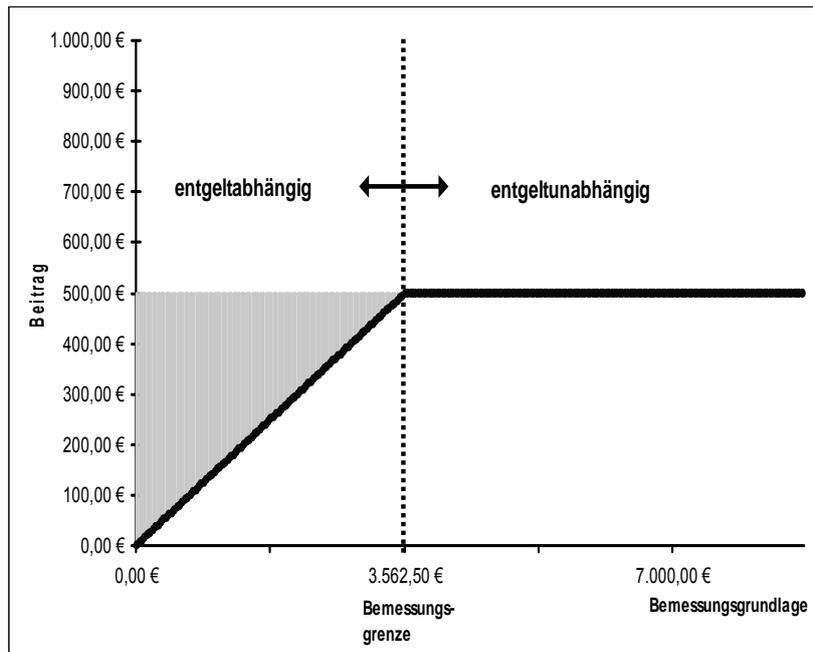
- Versicherten mit geringem zu solchen mit hohem Krankheitsrisiko (Risikoausgleich),
- von Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

Zudem gibt es in der GKV im Unterschied zu privaten Krankenversicherungen für alle Krankenkassen unabhängig vom jeweiligen Krankheitsrisiko des Nachfragers grundsätzlich Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Das solidarische Finanzierungselement erfuhr darüber hinaus noch durch den bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) eine Ausdehnung bzw. Intensivierung, denn er führte zu einer deutlichen Reduktion des Beitragssatzunterschiedes zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Auch die Gesundheitspauschale behält diese Umverteilungsmechanismen materiell bei, gliedert deren Umsetzung aber teilweise aus der GKV aus, d.h. die Gesundheitspauschale hält an der Umverteilung innerhalb der GKV von niedrigen zu hohen Risiken - als Kernelement einer sozialen Krankenversicherung - genau so fest wie an der Umverteilung von jung zu alt. Alte zahlen, obwohl sie ein höheres Risiko darstellen, keine höheren kassenspezifischen Pauschalen.

Einkommensumverteilung und Familienlastenausgleich bilden allerdings keine Kernaufgaben einer Krankenversicherung. Entsprechend sieht die Gesundheitspauschale eine Verlagerung dieser Mechanismen in das Steuer- und Transfersystem vor, wo eine zielgenauere, gerechtere und effizientere Umsetzung erfolgen kann. Die Ausgliederung bedeutet also keinen Verzicht auf diese Umverteilungsmechanismen. Die Gesundheitspauschale konzentriert sich lediglich auf die Gesundheitsversorgung und spart versicherungsfremde Elemente, d.h. solche jenseits der Morbidität, aus. Der Beitragstarif in der GKV verläuft bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze linear (vgl. Abbildung 6). Ab einer Einkommenshöhe oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze ist der Beitrag nicht mehr entgeltabhängig. Entsprechend existiert bereits heute in einem bestimmten Tarifsegment eine Pauschale. Unter Einschluss vom Arbeitgeberanteil beträgt diese Pauschale bei einem Beitragssatz von 14% knapp 500 Euro im Monat ($14\% \times 3562,50 \text{ €}$). Unter der - verteilungspolitisch erbaulichen - Prämisse, dass jeder Versicherte einen Lohn bzw. ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezieht, würden alle Versicherten bereits beim heutigen Tarif eine Pauschale entrichten. Der einkommensabhängige Teil des Beitragstarifs bliebe faktisch bedeutungslos und mit ihm allfällige Kontroversen.

Abbildung 6: Der Beitragstarif in der GKV



Quelle: Eigene Darstellung

Das derzeitige Beitragssystem weist vor allem folgende Schwachstellen auf:

- Es ist konjunkturanfällig, da mit steigender Arbeitslosigkeit und zunehmender Frühverrentung die Beitragsbemessungsgrundlage abnimmt.
- Es ist wachstumsschwach und daher nicht nachhaltig, da Löhne und Renten in der Summe geringer wachsen als das BIP und diese

Wachstumsdifferenz teilweise auf strukturelle Determinanten zurückgeht.

- Es ist beschäftigungsfeindlich, weil es über die Lohnnebenkosten den Faktor Arbeit belastet.
- Es existieren völlig intransparente Umverteilungswirkungen. Beispielsweise besteht ein Familienlastenausgleich parallel im Transfer- und Steuersystem, im Rentensystem, in der GKV und neuerdings auch in der SPV. Das Zusammenspiel all dieser Effekte schließt ein konsistentes Gesamtergebnis nahezu aus. Ein integrierter Ansatz der Familienförderung an einer Stelle verspricht eine weitaus effizientere und effektivere Wirkung.
- Es existieren Verteilungsungerechtigkeiten. Die folgenden Beispiele machen dies deutlich: Ein Versicherter, der 3500 Euro Arbeitsentgelt bezieht, zahlt das Doppelte an Beitrag wie jemand der 1750 Euro an Lohneinkommen und 1750 Euro an Zinsen verdient. Durch das Zusammenspiel von beitragsfreier Mitversicherung und Beitragsbemessungsgrenze existieren Ungleichbehandlungen zwischen Ein- und Zweiverdienerfamilien. Wenn zwei Erwerbstätige jeweils monatlich 4000 Euro Einkommen beziehen, entrichten sie als Haushalt einen doppelt so hohen Beitrag wie eine Familie, in der nur ein Partner arbeitet und ein Einkommen von 10.000 Euro im Monat erreicht.

Die derzeitige Beitragsgestaltung der GKV beinhaltet somit mannigfaltige Verstöße gegen das Leistungsfähigkeits- und Äquivalenzprinzip. Im ersteren Fall zahlen wirtschaftlich Leistungsfähigere gleiche oder sogar niedrigere Beiträge zur GKV. Im letzteren erhalten alle den gleichen Versicherungsschutz trotz unterschiedlicher Beitragshöhe.

4. Mögliche Reformalternativen für die GKV

Trotz eines weiten Reformspektrums liegt der Schwerpunkt meist auf Veränderungen der Versicherungspflichtgrenze und damit des Pflichtversichertenkreises der GKV. Die Reformmöglichkeiten reichen dabei von einer Absenkung, über eine diskretionäre Anhebung bis hin zur Abschaffung. Die theoretische Möglichkeit einer Absenkung der Versicherungspflichtgrenze steht aufgrund der damit verbundenen fiskalischen Belastung der GKV nicht zur Diskussion. Eine Absenkung auf 3500 oder gar 3000 Euro eröffnet relativ gut verdienenden Mitgliedern die Möglichkeit, die GKV zu verlassen. Neben der Beibehaltung auf dem derzeitigen Niveau als dynamische, der Lohnentwicklung folgenden Grenze bietet die diskretionäre Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, beispielsweise auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), eine weitere Option. Die Wirkung dieser Maßnahme läuft allerdings ökonomisch auf eine Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze hinaus. In beiden Fällen ist die alternative Vollversicherung der privaten Krankenversicherung (PKV) aufgrund der mit dem Eintrittsalter und den individuellen Risikomerkmale steigenden Prämien dem Untergang geweiht. Die Zahl der jungen Menschen, die über ein Einkommen von 5200 Euro+X verfügen und damit bei einer konkurrenzfähigen Prämienhöhe aus der GKV in die PKV wechseln können, reicht für deren Fortbestand kaum aus. Die gänzliche Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze bedeutet, dass nur noch selbständige und Beamte in der PKV einen Vollversicherungsschutz erhalten können. Ein solches System findet sich in den meisten europäischen Nachbarländern wie Frankreich, Belgien, und Luxemburg. Ein substitutives privates Vollversicherungssystem, wie unser derzeitiges existierte bisher nur noch in den Niederlanden. Die letztmögliche Erweiterung des Pflichtversichertenkreises, also die Einführung einer Pflichtversicherung auch für Beamte und Selbständige, generiert

schlussendlich eine Bürgerversicherung. Alle Bürger befinden sich dann in dieser umfassenden Versicherung. Es wird hier deutlich, dass der Begriff Bürgerversicherung lediglich den Versichertenkreis – alle Bürger – beschreibt. Die Entscheidung über die dort vorherrschende Beitragsgestaltung, z.B. ob einkommensabhängiger Beitrag oder Pauschale, bleibt damit noch offen.

Die Wahl der Prämien-/Beitragsbemessungsgrundlage bestimmt den nächsten möglichen Reformansatzpunkt. Die risikoadjustierten Prämien fallen ebenso hierunter wie die Gesundheitspauschale oder die Verbreiterung der derzeitigen Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkunftsarten, wie beispielsweise Kapitaleinkünfte.

Risikoadjustierte Prämien scheinen prima vista dem sozialen Grundgedanken zu widersprechen. Durch die Wahl einer Belastungsobergrenze, von in der Regel 14% des Haushaltseinkommens, relativiert sich diese Befürchtung. Überschreiten die risikoadjustierten Prämien des Haushalts diese Grenze, zahlt der Staat einen entsprechenden Zuschuss und vermeidet so eine zusätzliche Belastung. Gleichwohl fällt bei extrem hohen Risiken ein immenser Zuschussbedarf an, der bei weitem den Aufwand einer Pauschallösung übersteigt.

Kassenspezifische Gesundheitspauschalen, beispielsweise nach dem Vorschlag von Rürup und Wille, sehen ebenfalls eine Belastungsobergrenze vor und vermeiden damit für Haushalte mit niedrigem Einkommen zu hohe Versicherungskosten. Gleichzeitig erfassen sie durch die Berücksichtigung des Haushaltseinkommens alle Einkunftsarten und beseitigen auf diesem Weg die oben beschriebenen Verstöße sowohl gegen das Leistungsfähigkeits- als auch gegen das Äquivalenzprinzip.

Die Einbeziehung aller Bürger in den Pflichtversichertenkreis als Bürgerversicherung kann, wie bereits erwähnt, sowohl mit einkommensabhängigen Beiträgen als auch mit kassenspezifischen Gesundheitspauscha-

len, dann in Form einer Bürgerpauschale, erfolgen. Der Vorschlag der Bürgerpauschale entspricht den Modell- und Idealvorstellungen der meisten ökonomisch besetzten Gremien. Hierfür plädieren u.a. die Bertelsmann Kommission, der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung wie auch das DIW. Würde die Bundesrepublik neu gegründet, wäre die Bürgerpauschale das gesamtwirtschaftlich optimale Versicherungsmodell. Tatsächlich gibt es keine theoretische Begründung für die Existenz einer Versicherungspflichtgrenze. Es ist nicht zu begründen, dass jemand mit einem Einkommen oberhalb von 3.937,50 Euro die Wahl zwischen risikoadjustierten Prämien in der PKV und einkommensabhängigen Beiträgen in der GKV besitzt. Präferiert man die Option von kassenspezifischen Gesundheitspauschalen, wie im Vorschlag von Rürup und Wille sowie in einem früheren Vorschlag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung empfohlen, so stellt die Abkehr von der alle Bürger umfassenden Versicherungspflicht zu Gunsten der geltenden primär eine Konzession an ein gewachsenes System und juristische Aspekte dar.

Quasi als Minimallösung einer Reform lassen sich inkrementale Reformschritte identifizieren. Die Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern über Steuern möchte den Familienlastenausgleich aus der Krankenversicherung herauslösen. Die Finanzierung der Kinder über die Einkommensteuer bewirkt eine Erweiterung der solidarischen Finanzierung. Mitglieder der PKV partizipieren über ihre höheren Grenzsteuersätze in der Einkommensteuer stärker als Geringverdienende an der Finanzierung der Kinder. Die Ausgliederung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern ins Steuersystem erzeugt insofern positive Verteilungswirkungen. Dies gilt auch dann, wenn Kinder von PKV-Versicherten aufgrund der Steuerfinanzierung ebenfalls begünstigt werden.

Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkunftsarten ist Anhängern der Bürgerversicherung ein Anliegen und widerspricht auch nicht der Gesundheitspauschale, die ebenfalls auf eine umfassende Bemessungsgrundlage abzielt. Die Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten ermöglicht die Einführung eines sog. (negativen) Splittingverfahrens. Dazu spaltet man das Haushaltseinkommen auf beide Partner auf. Beide Partner sind in Höhe dieses geteilten Haushaltseinkommens beitragspflichtig. Bei einem Haushaltseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze ändert sich die Beitragsbelastung des Haushaltes nicht, so dass dieses Verfahren eine zusätzliche Belastung von Beziehern geringer Einkommen vermeidet. Es ergibt sich somit insgesamt ein Beitragssatzsenkungspotential von ca. 2,5 Beitragssatzpunkten, ohne eine Festlegung auf die Variante Gesundheitspauschale oder Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen.

5. Das Reformkonzept im Referentenentwurf zum Wettbewerbsstärkungsgesetz

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) sieht als eine der wesentlichen Neuerungen auf der Finanzierungsseite die Einführung eines Gesundheitsfonds vor.

Diesem Gesundheitsfonds fällt die Aufgabe zu, zukünftig die Beiträge zur GKV von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, Rentnern sowie Selbstständigen einzuziehen. Hinzu kommen Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen, wie der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern. Die Beitragssätze für Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden gesetzlich fixiert, wobei die Arbeitnehmer den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9% weiterhin separat fi-

nanzieren. Dadurch wird das bislang zentrale Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen im Kampf um Mitglieder, der Beitragssatz, zukünftig zentral und einheitlich vom Gesetzgeber festgesetzt. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen für alle Mitglieder einen einheitlichen Beitrag, der gegebenenfalls morbiditätsbezogene Zu- oder Abschläge vorsieht.

Mit der Neuregelung verlieren die Krankenkassen einen bedeutenden Teil ihrer Finanzhoheit. Gleichzeitig dürfte der Betrag, der den Krankenkassen für jeden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds zufließt, in vielen Fällen nicht ihre Ausgaben decken, denn die Eckpunkte sehen vor, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds mindestens 95% der Gesamtausgaben der Krankenkassen decken sollen (anfänglich sind 100% vorgesehen). Dieses bedeutet aber dennoch für Krankenkassen, die derzeit einen überdurchschnittlichen Beitragssatz aufweisen, eine Unterdeckung des Ausgabenvolumens bzw. die Notwendigkeit eine Pauschale bzw. einen prozentualen Aufschlag zu erheben.⁸

Zum Schutz sozial Schwacher darf die Höhe der zusätzlichen Beitragslast 1% des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten. Die Regelung zeigt eine gewisse Analogie zur Härtefallregelung bei Arzneimitteln, die sich aber auf das Haushaltseinkommen bezieht. Während letztgenannte Regelung aufgrund der Unausweichlichkeit der Medikamentierung im Krankheitsfall aus ordnungspolitischer- und vor allem verteilungspolitischer Sicht begründbar ist, entbehrt die Überforderungsklausel dieser Eigenschaft und damit auch weitgehend der Begründbarkeit, solange noch günstigere Kassen im Wettbewerb stehen. Aus Sicht

⁸ Dies gilt selbst dann, wenn bei diesem Ausgabenvolumen neben den Verwaltungskosten die Gesamtausgaben und nicht nur die Pflichtleistungen erfasst werden.

der einkommensschwachen Mitglieder, die unter die Schutzwirkung dieser 1%-Regelung fallen, besteht keinerlei Anreiz mehr in eine günstige Kasse zu wechseln, da sie in jedem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe zu entrichten haben.

Aufgrund der Überlastungsregelung übersteigt die zu erhebende Pauschale grundsätzlich den Einnahmenmehrbedarf je Zahler. Je höher der Anteil der Versicherten mit beitragspflichtigen Einnahmen unterhalb der Überforderungsklausel, umso größer ist c.p. der erforderliche Aufschlag zur Deckung eines bestimmten Einnahmenmehrbedarfs. Somit müssen jene Krankenkassen, die einen hohen Anteil einkommensschwacher Mitglieder versichern, c.p. eine überdurchschnittlich hohe Prämie erheben. Durch eine Beispielrechnung, für eine fiktive Kasse mit leicht unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen und einem Pauschalbedarf von 15 Euro je Beitragszahler kann gezeigt werden, dass infolge der Kompensation von geringeren Einkommen, die unter die Überforderungsklausel fallen, die Kasse mit einer Pauschale von knapp 30 Euro in den Wettbewerb treten muss. Dieses bereitet für Krankenkassen, die einen hohen Anteil solcher Versicherte aufweisen u. U. erhebliche fiskalische Probleme. Sie sehen sich dann gezwungen, die entsprechenden Fehlbeträge über einen immer höheren Zuzahlungsbeitrag zu kompensieren, der ihre wettbewerbliche Position zusätzlich verschlechtert und hier nicht auf Unwirtschaftlichkeiten zurückgeht. Dabei wächst dieser Aufschlag mit zunehmendem Zusatzbeitrag deutlich überproportional an, was Krankenkassen unverschuldet in die Insolvenz treiben kann. Die Berücksichtigung einer Freigrenze, die unterhalb von 8 Euro Monatspauschale eine Anwendung der Überforderungsklausel ausschließt, mindert diesen Mangel auch nur innerhalb dieses Bereichs.

Hinsichtlich des Finanzierungssystems vermag der vorliegende Gesetzesentwurf nahezu keine der bestehenden Schwachstellen zu beseitigen oder auch nur abzumildern. Der allgemeine Beitragssatz dürfte selbst

bei moderaten Annahmen bis zum Jahre 2008 bzw. 2009 noch um 1,0 bzw. 1,2 Prozentpunkte ansteigen. Der zentrale Gesundheitsfonds mit dem gesetzlich fixierten Beitragssatz könnte wegen des einheitlichen Beitragssatzes des Arbeitgebers – und der damit einhergehenden höheren Belastungen der Versicherten bei Kostendifferenzen zwischen den Krankenkassen – bei isolierter Betrachtung die Wettbewerbsintensität erhöhen. Einer Verwirklichung dieses Zieles setzt jedoch die Obergrenze des Zusatzbeitrages, der ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreiten darf, insofern enge Grenzen, als Versicherte mit niedrigem Einkommen nun nur geringe Anreize zu einem Kassenwechsel besitzen. Die Regelung zementiert damit die bisherige Entmischung der Versicherten- bzw. Morbiditätsrisiken zwischen den Krankenkassen.

Literatur:

Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR)
2007a. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder Vor-
abversion, Reihe 1 Band 1, Stand August 2006. Stuttgart

Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR)
2007b. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder Vor-
abversion, Reihe 1 Band 2, Stand August 2006. Stuttgart

Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR)
(2004). www.statistik.Baden-wuerttemberg.de

Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR)
(2005). Internet: Arbeitskreis VGR 2006, Volkswirtschaftliche
Gesamtrechnung der Länder, Reihe 1 Band 5, Stand August
2006. Stuttgart

BKK-Bundesverband (2006). Daten aus Gesundheitswesen und Sozial-
politik, CD-ROM. Essen

Breyer, F. et al. (2004). Reform der sozialen Sicherung, Gutachten im
Auftrag der Bertelsmann, der Heinz Nixdorf und der Ludwig-
Erhard Stiftung e.V.. Bonn, Gütersloh: 25, 195

Bundesanstalt für Arbeit (2003). Lassen sich Erwerbsquoten des Mikrozensus korrigieren? In: IAB Werkstattbericht, Diskussionsbeiträge des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Ausgabe 12, Nürnberg: 5

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998). Statistisches Taschenbuch `98. Bonn

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1999). Statistisches Taschenbuch `99. Bonn

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000). Statistisches Taschenbuch 2000. Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (2000). Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000. Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (2001). Daten des Gesundheitswesens, Ausgaben 2001. Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (2002). Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (2003). Mitgliederstatistik KM 6 nach Kassenart und Alter zum Stichtag 1. Juli, Stand 4. November 2003. <http://www.bmgs.bund.de>

Bundesministerium für Gesundheit (2005). Statistisches Taschenbuch
Gesundheit 2005. Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (2006). Gesetzliche Krankenversicherung, Mitversicherte Angehörige und Krankenstand – Jahresdurchschnitte 1998-2005, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1
10. November 2006

Bundesministerium für Gesundheit (2007). Ergebnisse der GKV-Statistik
KM1, Stand 2. Januar 2007. www.bmgesundheit.de

Bundesministerium für Gesundheit (2007). Kennzahlen und Faustformeln, Stand 30.Nov 2006. Berlin

FAZ vom 23.01.2004, 17.05.2004, 19.05.2004

Institut der deutschen Wirtschaft (1998). Zahlen zur wirtschaftlichen
Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1998.
Köln

Institut der deutschen Wirtschaft (1999). Zahlen zur wirtschaftlichen
Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1999.
Köln

- Institut der deutschen Wirtschaft (2000). Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 2000. Köln
- Institut der deutschen Wirtschaft (2001). Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 2001. Köln
- Oberender, P., Fleckenstein, J. (2004). Reform der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland – Entschärfung einer „Zeitbombe“. Universität Bayreuth, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere 05-04, Mai 2004
- Otnad, A. (2003). Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall, Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos. Olzog, München
- Otnad, Adrian (2004). Systemwechsel in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Notwendigkeit und Möglichkeit einer Umstellung auf Kapitaldeckung, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), 33. Jg., Heft 8: 495-500
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994). Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Eigenverantwortung, Subsidiarität

und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, 1. Aufl.. Nomos, Baden-Baden

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Bd. I. Nomos, Baden-Baden: Tz 69

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004). Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05. Berlin

Statistisches Bundesamt (2000). Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik und für das Ausland CD-Rom. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2002). Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. www.destatis.de. Ohne Ortsangabe

Statistisches Bundesamt (2003). Bevölkerung Deutschlands von 2002 bis 2050 – 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2006a). Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2006b). Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. www.destatis.de. Ohne Ortsangabe

- Wille, E. (1998). Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos, in: Arbeit und Sozialpolitik, 52. Jg., Heft 1/2: 16-27
- Wille, E. (2002). Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 2. Jg., Ausgabe 3/2002: 7-14
- Wille, E. (2005). Die SPV: ein gesundheitspolitischer Pflegefall, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 10. Jg., Heft 4: 201-202
- Wille, E. et al. (1999). Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2040. Expertise für die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, in: Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ Deutscher Bundestag (Hrsg.), Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Bd. III, Heidelberg: 631-755

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Drobinski, Evelyn

geb. 1955, Studium der Sozialpädagogik an der FH Hildesheim. Durchführung von sozialen Trainingskursen für straffällig gewordene Jugendliche im Verein Schleuse e.V. und Mitarbeit im Projekt „Gemeinsam Leben“ in Bad Segeberg. Ausbildung zur Krankenschwester und Arbeit auf der Diabetes Schulungsstation im Kreiskrankenhaus Segeberg, Weiterbildung zur Diabetesberaterin DDG. Seit 2001 Wahl zur Vorstandsvorsitzenden des VDBD (Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.). Seit 2001 Diabetesberaterin, Trainee für Diabetes und Hypertonie Schulungsprogramme Study Nurse, Mitarbeit und Begleitung Klinischer Phase II und Phase III Studien, Mitarbeit in Gremien zur Prävention und verbesserten Versorgung der Menschen mit Diabetes.

Kontakt: Evelyn Drobinski, VDBD, Kirchweg 9 23827 Wensin/Garbek, drobinski@vdbd.de

Etgeton, Stefan

Dr., geb. 1963, Studium Evangelische Theologie (Bethel und Hamburg). 1990 Fraktionsassistent im Berliner Abgeordnetenhaus, Promotion am Institut für Kulturwissenschaft (Humboldt-Universität zu Berlin). 1995 – 2000 Verbandssekretär und Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., 2001 Projektkoordinator an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). Seit 2002 Gesundheitsreferent beim Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Kontakt: Dr. Stefan Etgeton, Verbraucherzentrale Bundesverband, Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin, etgeton@vzbv.de

Glaeske, Gerd

Prof. Dr. rer. nat., geb. 1945, Pharmaziestudium in Aachen und Hamburg, Promotion mit Prüfung in Pharmazeutischer Chemie, Pharmakologie und Wissenschaftstheorie. 1981 - 1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Abteilungsleiter im BIPS, danach Leiter pharmakologischer Beratungsdienste und medizinischer Grundsatzabteilungen in verschiedenen Krankenkassen. Ab 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung an der Uni Bremen, ab 2001 Mitglied im Vorstand der Fachgesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie (GAA), ab 2003 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), ab 2006 im Vorstand des Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung (DNFV).

Kontakt: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Barkhof, Parkallee 39, 28209 Bremen, gglaeske@zes.uni-bremen.de

Hebel, Dieter

geb. 1944, Ausbildung zum SV-Fachangestellten, Abendstudium an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Hannover, Verwaltungs- und Wirtschafts-Diplom, Betriebswirt VWA, beschäftigt bei verschiedenen AOKn und im Prüfdienst für Krankenkassen. Bei der GEK seit 1977, zunächst als Assistent des Geschäftsführers, seit 1981 Geschäftsführer der GEK und seit 1996 Vorstandsvorsitzender der GEK. Seit 2000 Vorstandsvorsitzender der HZK - Die Profikrankenkasse, 2003 bis 2006 Vorstandsvorsitzender der KEH Krankenkasse Eintracht Heusenstamm.

Kontakt: Dieter Hebel, Gmünder ErsatzKasse GEK, Gottlieb-Daimler-Str. 19, 73529 Schwäbisch Gmünd, dieter.hebel@gek.de

Igel, Christian

geb. 1975, Studium der Volkswirtschaftslehre (Dipl.-Vw). Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft von Professor Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim, unterrichtet dort Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie. Beschäftigung mit Fragen zur Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung, u. a. Mitwirkung an der Erstellung diverser Expertisen und Gutachten wie dem Rürup – Wille Vorschlag „Zur Reform der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung“ oder dem Gutachten „Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer“ von B. Rürup und E. Wille.

Kontakt: Christian Igel, Universität Mannheim, Fakultät für Volkswirtschaftslehre, L7, 3-5, 68131 Mannheim, igel@uni-mannheim.de

Rosenbrock, Rolf

Prof. Dr. rer. pol., geb. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), lehrt Gesundheitspolitik u.a. an der Technischen Universität Berlin. Seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, Betriebliche Gesundheitsförderung, sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Seit den 70er Jahren tätig im Bereich Gesundheitsforschung und Politikberatung, u.a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G), Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB) sowie des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) etc.

Kontakt: Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB), AG Public Health, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin, rosenbrock@wz-berlin.de

Scherbaum, Werner

Prof. Dr. med., geb. 1947, Medizinstudium in Tübingen und Hamburg, Promotion zum Dr. med., Approbation als Arzt, Facharztanerkennung als Internist und für das Teilgebiet Endokrinologie. Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Poliklinik sowie an der Medizinischen Klinik der Universität Tübingen, Forschungsaufenthalt in

London. 1984-92 Oberarzt an der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Ulm, Habilitation. 1990 Apl. Professur an der Universität Ulm, 1993-97 Professor für Innere Medizin und Leitung der Medizinischen Klinik und Poliklinik III der Universität Leipzig. Seit 1997 Ordinarius für Innere Medizin und Leitung der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie sowie Ärztlicher Direktor der Deutschen Diabetes Klinik der Universität Düsseldorf sowie Direktor der Deutschen Diabetes-Klinik am Deutschen Diabetes Zentrum an der Universität Düsseldorf, WHO Collaborating Center, Diabetes and European Training Center in Endocrinology & Metabolism. Liaisor der St`Vincent Initiative im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der International Diabetes Federation (IDF).

Kontakt: Prof. Dr. Werner Scherbaum, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie, MNR Klinik / Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, scherbaum@uni-duesseldorf.de

Schürholz, Thomas

Dr. med., geb. 1961, Studium der Medizin und Promotion an der Universität Witten/Herdecke. Klinische Ausbildung und wissenschaftliche Arbeit an der Urologischen Klinik der Universität Bochum, Facharzt für Urologie. Tätigkeit in der Pharmazeutischen Industrie mit verschiedenen Leitungspositionen im Management der Bereiche Klinische Forschung, Medizinische Wissenschaften und Marketing. Langjähriges Mitglied der operativen Geschäftsleitung der Weleda AG in Schwäbisch Gmünd, Gesamtleitung Marketing und Medizin. Seit 2005 bei der Gmünder Er-

satzKasse GEK, Leitung der Stabsstelle „Medizinisches Versorgungsmanagement“.

Kontakt: Dr. Thomas Schürholz, Gottlieb-Daimler-Str. 19, 73529 Schwäbisch Gmünd, thomas.schuerholz@gek.de

Trittin, Cornelia

M.A., geb. 1955, Buchhändlerin, Studium der Germanistik und der Kunstgeschichte in Hamburg. Langjährige Tätigkeiten in Wirtschaft, Industrie und Verwaltung in Düsseldorf, Hamburg und Bremen. Mitarbeiterin im Projekt „Bundeskoordination Frauengesundheit“ des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF), gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Seit 2006 Mitarbeiterin der Gmünder ErsatzKasse (GEK) bei Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgungsforschung.

Kontakt: Cornelia Trittin, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Barkhof, Parkallee 39, 28209 Bremen, ctrittin@zes.uni-bremen.de

Wille, Eberhard

Prof. Dr., geb. 1942, Diplom-Volkswirt Examen in Bonn, Promotion und Habilitation in Mainz. Seit 1975 Professor für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft an der Universität Mannheim. Forschungsgebiete: öffentliche Planung, Sozialversicherung und Gesundheitsökonomie. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie und des Sachverständigenrates zur Begut-

achtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit 2002 dessen Vorsitzender) sowie des Finanzwissenschaftlichen und des Gesundheitsökonomischen Ausschusses des Vereins für Socialpolitik, des Institut International de Finances Publiques und der American Economic Association.

Kontakt: Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim, Fakultät für Volkswirtschaftslehre, L 7, 3-5, 68131 Mannheim, wille@rumms.uni-mannheim.de

**In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse,
sind erschienen:**

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... (vergriffen)

- Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*
- Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*
- Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*
- Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*
- Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*
- Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*
- Nr. 7: *Industriemeister (1996)*
- Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*
- Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*
- Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

Band 1: *Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997*
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90

Band 2: *Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998*
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90

- Band 3: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.*
ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90
- Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen, Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.*
- Band 4: *Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.*
ISBN 3-537-44001 Euro 4,90
- Band 5: *Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.*
ISBN 3-537-44002 Euro 4,90
- Band 6: *Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.*
ISBN 3-537-44006-5 Euro 4,90
- Band 7: *Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.*
ISBN 3-537-44007-3 Euro 4,90
- Band 8: *Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.*
ISBN 3-537-44008-1 Euro 4,90
- Band 9: *Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.*
ISBN 3-537-44009-X Euro 4,90
- Band 10: *Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.*
ISBN 3-537-440010-3 Euro 4,90

- Band 11: *Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.*
ISBN 3-537-440011-1 Euro 4,90
- Band 12: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.*
ISBN 3-537-44012-X Euro 7,90
- Band 13: *Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.*
ISBN 3-537-44013-8 Euro 9,90
- Band 14: *Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.*
ISBN 3-537-44014-8 Euro 9,90
- Band 15: *Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen. Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.*
ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)

- Band 16: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.*
ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: *Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.*
ISBN 3-537-44017-4 Euro 9,90
- Band 18: *Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.*
ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: *Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.*
ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band 20: *Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001.*
ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band 21: *Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer.*
ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90

- Band 22: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002.*
ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90
- Band 23: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002.*
ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band 24: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003.*
ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90
- Band 25: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.*
ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90
- Band 26: *Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003*
ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90

- Band 27: *Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003*
ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90
- Band 28: *Jahn, I. (Hg.): Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004*
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.*
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90
- Band 31: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: *Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.*
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90

- Band 33: *Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004*
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: *Braun, B., Müller, R...: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005*
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: *Braun, B., Müller, R...: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005*
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.*
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.*
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahre 2003/2004. 2005*
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90

- Band 39: *Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005*
ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90
- Band 40: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005*
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: *Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006*
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: *Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006*
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: *Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006*
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.*
ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006. 2006*
ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90
- Band 46: *Braun, B., Müller, R. : Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. 2006.*
ISBN 3-537-44046-4 Euro 14,90

- Band 47: *Spintge, R., u.a.: Musik im Gesundheitswesen. 2006*
ISBN 3-537-44047-2 Euro 14,90
- Band 48: *Böcking, A.: Mit Zellen statt Skalpellen - Wie sich Krebs früh und ohne Operation erkennen lässt. 2006*
ISBN 3-86541-177-0, ISBN 9783-86541-177-8 Euro 19,90
- Band 49: *Deitermann, B, Kemper, C, Hoffmann, F, Glaeske, G: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005. 2006*
ISBN 3-537-44049-9, ISBN 978-3-537-44049-5 Euro 14,90
- Band 50: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulanzärztliche Versorgung 2006. 2006*
ISBN 3-537-44050-2, ISBN 978-3-537-44050-1 Euro 14,90
- Band 51: *Müller, R., Braun, B.: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. 2006*
ISBN 3-537-44051-0, ISBN 978-3-537-44051-8 Euro 14,90
- Band 52: *Bichler, K.-H., Strohmaier, W.L., Eipper, E., Lahme, S.: Das Harnsteinleiden. 2007.*
ISBN 978-3-86541-165-5 Euro 45,00
- Band 53: *Kleinert, J., Lobinger, B., Sulprizio, M.: Selbstorganisation im Gesundheitssport. 2007.*
ISBN 978-3-537-44053-2 Euro 14,90