



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Juli 2013, 13. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Petra Wihofszky*, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Universität Flensburg 2

Drei Fragen an

Monika A. Rieger, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen 3

Buchtipps

von *Wolfgang Thiel*, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) 4

WIDO

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

Qualitätsunterschiede bei Herzkatheterbehandlungen 5

Fehlzeiten-Report 2013

Wenn Arbeit süchtig macht 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Reformbaustellen der Gesundheitspolitik – verschieben verboten

Pflegereform 2014: Was ist zu tun?

Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen,
Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin 7

Integrierte Versorgungsstrukturen – Eine Dauerbaustelle bei GKV-Reformen

Hartmut Reiners, Berlin 15

Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte

Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim 22

STUDIE IM FOKUS

Medienberichte über Gesundheitsschäden lösen bei manchen Menschen Beschwerden aus 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

der englische Staatsmann und Heerführer Oliver Cromwell (1599–1658) meinte einmal: „Wenn ich König wäre, würde ich alle Reformen auf morgen verschieben.“ Hat die deutsche Gesundheitspolitik vielleicht einfach zu viele Könige?

Auf morgen zu verschieben, ist jedenfalls beim Thema Pflege beliebt. Viel zu lange schon Stiefkind der Gesundheitspolitik durfte es inzwischen zwar aus der „Schmuddelecke“ kommen und erhält immer öfter das Zertifikat „wichtig“. Dann folgen aber viele Pseudo-Aktivitäten: Die Politik beruft noch eine Expertengruppe, lässt noch ein Gutachten erstellen. **Heinz Rothgang** und **Klaus Jacobs** attestieren der schwarz-gelben Koalition ganz in diesem Sinne vertane vier Jahre. Die kommende Bundesregierung müsse sich dringend sowohl um die Finanzierungs- als auch die zahlreichen strukturellen Probleme kümmern.

Sehr viel leiser geht es bei der Reform von Versorgungsstrukturen zu. Es mangelt an Kooperation und Integration von Institutionen und Berufsgruppen, meint **Hartmut Reiners**. Vor allem der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt erhöhten aber den Druck zum Handeln hin zu mehr sektorübergreifenden Selektivverträgen und einem ordnungspolitischen Rahmen, der vor allem den Ländern mehr Verantwortung bei der Organisation von Versorgungsstrukturen übertrage.

Eine weitere Reformbaustelle im Schnecken-gang: Prävention und Gesundheitsförderung. Die Ausgaben für diesen Bereich stagnierten seit 20 Jahren. Eine nachhaltige Präventionsstrategie komme in Deutschland einfach nicht voran, schreibt **Joseph Kuhn**. Und auch der aktuelle Anlauf für ein Präventionsgesetz werde wohl in dieser Legislaturperiode nicht mehr umgesetzt – unabhängig davon, dass eine Reihe von Punkten des Gesetzentwurfes kritisch zu sehen seien.

Die Monarchie ist seit 1918 abgeschafft. Aber Könige gibt es anscheinend noch immer.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Bettina Nellen

**Wissenschaftsrat
Mehr Forschung über
die Wissenschaft**

Bund und Länder haben die Gründung eines Deutschen Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) in Hannover beschlossen. Es soll aus dem dortigen Forschungsinstitut der Hochschul-Informationssystem GmbH (HIS) des Bundes und der Länder hervorgehen. Das DZHW soll der Politik zuarbeiten und dafür Forschungsvorhaben, Datenerhebungen und Dauerbeobachtungen durchführen sowie ein Datenzentrum aufbauen. Als Jahresetat sind ab 2014 drei Mil-

lionen Euro vorgesehen. Die Leitungspersonen sollen auch Professoren an Hochschulen sein. ■

Mehr Informationen:
www.gwk-bonn.de

**Methoden
Präferenz von Patienten
zielgerichtet ermitteln**

Die Methode des Analytic Hierarchy Process (AHP) ist prinzipiell zur Feststellung der Präferenzen von Patienten bei Therapiezielen geeignet. Das ergab ein Pilotprojekt am Beispiel Depression des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). In dem Projekt wur-

den die Anwendungsmöglichkeiten des AHP-Verfahrens für die Identifikation, Gewichtung und Priorisierung multipler patientenrelevanter Endpunkte bei der Kosten-Nutzen-Bewertung verschiedener pharmakologischer Therapieformen (Antidepressiva) untersucht. Beim AHP-Verfahren werden Patienten und behandelnde Experten direkt befragt. Die Befragungen waren für die Patienten gut verständlich und zu beantworten. Sie lassen sich auch in Patientengruppen gut machen. ■

Mehr Informationen:
www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Analytic-Hierarchy-Process_Pilotprojekt.pdf

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Benachteiligte Familien besser erreichen

Wachsen Kinder in einem schwierigen sozialen Umfeld auf, kann das ihre Gesundheit dauerhaft beeinträchtigen. Eine frühzeitige Intervention ist daher sinnvoll. In Berlin-Kreuzberg wurden 67 deutsche und nichtdeutsche Frauen als Stadtteilmütter (STM) geschult, die in aufsuchenden Kontakten vor allem Müttern mit Migrationshintergrund Gesundheits- und Erziehungswissen vermittelten. Die Berlin School of Public Health evaluierte von 2008 bis 2011, ob und wie gut die STM einen Zugang zu dieser schwer erreichbaren Zielgruppe fanden. Es zeigte sich, dass die meisten der Kontakte zu insgesamt 118 Familien über das unmittelbare persönliche Umfeld der STM zustande kamen. Entscheidend für die Akzeptanz des Angebots waren gute, vertrauensvolle Beziehungen und praktische Hilfen im Alltag. Hinderlich waren eine ablehnende Haltung des Ehemanns und Angst vor sozialer Kontrolle. ■

Präv Gesundheitsf 2013;8:61–66

als mehrheitsfähig: die Verständigung auf gemeinsame handlungsleitende Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung (Partizipation, Empowerment und Setting-Orientierung) und die Erstellung eines gemeinsamen Fortschrittsberichts, um Beispiele guter Praxis und die Synergieeffekte bestehender Kooperationen zu dokumentieren. ■

Bundesgesundheitsbl 2013;56:466–472

Mehr Lebensqualität für Ältere

Sozial benachteiligte alte Menschen lassen sich oft nur schwer für Projekte sozialer Teilhabe mobilisieren. In Gelsenkirchen-Schalke machten sich Dortmunder Forscher zunächst per Befragung ein Bild von der Lebensqualität und Partizipation von dort lebenden Menschen über 60 (n=420). Anschließend fanden innerhalb von 18 Monaten neun Quartierskonferenzen zu Themen wie „Sicherheit und Sauberkeit“ und „gemeinschaftliches Zusammenleben“ statt, an denen im Schnitt 35 Einwohner teilnahmen. Teilnehmerbefragungen zwischen der vierten und achten Konferenz zeigten, dass auch ältere Alleinlebende und Senioren mit geringem Einkommen diese stadtteilbezogenen Partizipationsangebote annahmen und dass bei den befragten Teilnehmern gesundheitsförderliche Wirkungen wie die Stärkung des Gefühls individueller und kollektiver Selbstwirksamkeit und eine Erweiterung der sozialen Netzwerke festzustellen waren. ■

Z Gerontol Geriat 2013;4:306–311



Von

Dr. Petra Wihofszky,
Akademische Rätin am
Institut für Gesundheits-,
Ernährungs- und Sport-
wissenschaften, Abteilung
Gesundheitspsychologie
und Gesundheitsbildung
an der Universität
Flensburg

Adresse:

Auf dem Campus 1
24943 Flensburg
Telefon: 0461 805-2354
Fax: 0461 805-2417
petra.wihofszky@uni-flensburg.de
www.uni-flensburg.de

Qualität in der Prävention weiter steigern

Um einen gemeinsamen Handlungsrahmen für die Qualitätsentwicklung abzustecken, initiierte die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. im Jahr 2011 eine Studie, in deren Rahmen Vorschläge aus 14 der insgesamt 129 Mitgliedsorganisationen gesammelt und diskutiert wurden. Am Ende eines mehrstufigen Prozesses zur Konsensfindung erwiesen sich zwei Eckpunkte

Kooperationen**Forschungsverbund für Sozialpolitik gegründet**

Die Universität Kassel und die Hochschule Fulda haben einen „Forschungsverbund zu Fragen des Sozialrechts und der Sozialpolitik“ (FoSS) gegründet. Zusammen mit Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden und anderen politischen Akteuren in dem Feld soll der FoSS vor allem den Nachwuchs fördern. Während weit über 1.000 Wissenschaftler die Wirtschaftspolitik begleiteten, sei das Interesse am Forschungsthema Sozialstaat in der Sozialwissenschaft deutlich zurückgegangen, sagte der Präsident des Bundessozialgerichts, Peter Masuch. Auch die gewachsene Bedeutung der Sozialrechtsprechung rechtfertige eine Stärkung sozialrechtlicher Begleitforschung etwa zur Förderung von Frauenerwerbsarbeit oder der Inklusion behinderter Menschen. Ein Förderverein unter Vorsitz des Wirtschafts- und Sozialrechtprofessors Andreas Hänlein aus Kassel unterstützt den Forschungsverbund. ■

Mehr Informationen:

www.uni-kassel.de/projekte/foss

BMBF-Förderung**Studien und Evaluationen zur Prävention gesucht**

Forschungsverbünde zur Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie Evaluationsstudien über langfristige Wirkungen von Primärprävention und Gesundheitsförderung werden vom Bundesforschungsministerium gefördert. Forschungsverbünde müssen dazu bis 27. August 2013 strukturierte Vorhabenbeschreibungen einreichen, für Evaluationsstudien endet die Frist am 16. Oktober 2013. Gefördert werden auch Studien, die auf bereits existierenden Sekundärdaten der

Krankenkassen, aus Kohortenstudien, Gesundheits surveys oder Alters surveys basieren. Die Zuwendungen werden als Projektförderung für in der Regel bis zu

drei Jahre als nicht rückzahlbare Zuschüsse gewährt. ■

Mehr Informationen:

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4689 bzw. /4690

DREI FRAGEN AN ...**Die Politik sollte die Wissenschaft „anhören“**

... Professor Dr. med. Monika A. Rieger, Ärztliche Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Tübingen

Forschungsschwerpunkte:

Versorgungsforschung mit arbeitsmedizinischem Fokus, das heißt Akteure und Strukturen in und mit Schnittstellen zu Betrieben (etwa Hausarzt – Betrieb, Psychosomatik – Betrieb, Rehabilitation – Betrieb); Gestaltung von Arbeitsbedingungen (Fokus: Muskel-Skelett-System; demografischer Wandel)

Jahresetat:

Die Arbeit des Instituts wird finanziell gefördert durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg (Südwestmetall) e. V. (unrestricted grant).

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

insgesamt 23 (einschließlich Drittmittelprojekte), darunter:
1 Professorin,
2 Habilitierte,
16 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Adresse:

Institut für Arbeitsmedizin,
Sozialmedizin und
Versorgungsforschung am
Universitätsklinikum Tübingen
Wilhelmstraße 27
72074 Tübingen
Telefon: 07071 29-82083
Fax: 07071 29-4362
monika.rieger@med.
uni-tuebingen.de
www.medizin.uni-tuebingen.de

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Im Vordergrund unserer Arbeit steht das Zusammenspiel von Arbeit und Gesundheit. Wir untersuchen vor allem Fragen der Prävention und Gesundheitsversorgung für Menschen im Erwerbsalter. Der Bogen spannt sich von der Ausgestaltung arbeitsmedizinischer Angebote im Betrieb bis zu den Schnittstellen zwischen kurativer beziehungsweise rehabilitativer Medizin und betriebsärztlicher Betreuung. Wir verfolgen dabei ein breit angelegtes Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Wir sind ein Team aus Wissenschaftlern verschiedener Disziplinen und mit unterschiedlicher methodischer Ausrichtung, die nach innen und außen vernetzt arbeiten. Darüber hinaus ist am Institut die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen angesiedelt, die durch das Land Baden-Württemberg gefördert wird. Deren Angebote umfassen die Nachwuchsförderung, Projektberatung, Methodenvermittlung und Vernetzung von Wissenschaftlern und Ärzten, die sich für Fragen der Versorgungsforschung interessieren. Und dieser Kreis scheint kontinuierlich zu wachsen.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Die Politik sollte wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen, das heißt die Wissenschaft „anhören“. Hieraus können sich neue Perspektiven für politische Handlungsfelder ergeben. Allerdings bräuchte es mehr (finanziell geförderte) Freiräume, um Ableitungen aus wissenschaftlichen Projekten in der Praxis zu erproben, bevor politische Konsequenzen gezogen werden.

Studium I

Master für Karriere in der Präventionspolitik

Der neue berufsbegleitende Masterstudiengang „Manager für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ an der Dresden International University qualifiziert Fachleute, die bereits in dem Themengebiet tätig sind, für Leitungsfunktionen in den Präventionsabteilungen von Unfallversicherungsträgern, in überbetrieblichen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Diensten, der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung oder vergleichbaren Abteilungen von Betrieben des öffentlichen Dienstes und der gewerblichen Wirtschaft. ■

Mehr Informationen:
<http://di-uni.de/index.php?id=357>

Studium II

Bachelor Psychiatrische Pflege mit Weiterbildung

Der duale Bachelor-Studiengang „Psychiatrische Pflege“ der Fachhochschule Fulda ist der erste in Deutschland, bei dem Studierende auch die Weiterbildung zum Psychiatrie-Fachpfleger machen können. Zulassungsvoraussetzung für das im September beginnende Studium sind neben der Hochschulzugangsberechtigung eine Ausbildung als Kranken- oder Altenpfleger und sechs Monate Erfahrung in der psychiatrischen Pflege. Bisher bot nur die Diakonie-Fachhochschule in Bielefeld ein solches Studium ohne Fachpfleger-Weiterbildung an. ■

Mehr Informationen:
www.hs-fulda.de/pg

Studium III

Bachelor für Heil- und Inklusionspädagogik

Die Fachhochschule des Mittelstands (FHM) startet in Rostock im Oktober den bundesweit ersten Bachelor-Studiengang für Heil- und Inklusionspädagogik. Für staatlich anerkannte Erzieher oder Heilerziehungspfleger kann das auf vier Jahre angelegte berufsbegleitende Studium bis auf zwei Jahre verkürzt werden. Das Studium verknüpft pädagogische Kompetenzen mit Anforderungen des Managements, insbesondere bei der Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams mit Ärzten und Therapeuten. ■

Mehr Informationen:
www.fh-mittelstand.de/heil-und-inklusionspaedagogik

BUCHTIPPS

Zum Thema „Selbsthilfe“



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von: **Wolfgang Thiel**, Stellvertretender Geschäftsführer der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Otto-Suhr-Allee 115
 10585 Berlin
 Telefon: 030 3101-8982
 Fax: 030 3101-8970
wolfgang.thiel@nakos.de
www.nakos.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Burkhard Hill et al. (Hrsg.)</i></p> <p>Selbsthilfe und Soziale Arbeit: Das Feld neu vermessen</p>	<p>Der Band dokumentiert Ergebnisse eines Münchener Modellprojekts. In den zahlreichen Expertenbeiträgen werden Entwicklungsphasen, Leistungen und Eigenarten gemeinschaftlicher Selbsthilfe ebenso thematisiert wie aktuelle sozial- und gesundheitspolitische Chancen und Herausforderungen, etwa Selbsthilfefreundlichkeit und Qualitätsverbesserung in der gesundheitlichen Versorgung, Partizipation und Vertretung von Patienteninteressen, bürgerschaftliches Engagement und Sozialraumorientierung. (<i>Beltz Juventa 2013</i>)</p>
<p><i>NAKOS (Hrsg.)</i></p> <p>Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe</p>	<p>In diesem Band wird der Umgang von Selbsthilfegruppen mit Wirtschaftsunternehmen, insbesondere mit der pharmazeutischen Industrie und Hilfsmittelherstellern, erörtert, etwa bei Spenden, Sponsoring oder Kooperationen. Ziel dieser Praxishilfe ist es, Selbsthilfegruppen durch Information bei der Wahrung ihrer Selbstbestimmung, Transparenz und Unabhängigkeit und beim Vermeiden von Interessenkonflikten zu unterstützen. (<i>NAKOS 2012</i>)</p>
<p><i>Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)</i></p> <p>Selbsthilfegruppenjahrbuch 2013</p>	<p>Bereits zum 15. Mal hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. ihr Selbsthilfegruppenjahrbuch vorgelegt. Die insgesamt 21 Beiträge von 27 Autoren umfassen Berichte aus Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie Artikel über Projekte, Kooperationen und wissenschaftliche Studien zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe. (<i>DAG SHG 2013; Download oder Bestellung über www.dag-shg.de, Menüpunkt Selbsthilfegruppenjahrbuch</i>)</p>

Foto: privat

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

Qualitätsunterschiede bei Herzkatheterbehandlungen

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) hat die Qualität von Herzkatheterbehandlungen untersucht. Danach kommt es bei 7,9 Prozent der Eingriffe zu Komplikationen und bei 11,7 Prozent zu einem ungeplanten Folgeeingriff.

Herzkatheteruntersuchungen zählen zu den häufigsten Eingriffen bei koronarer Herzkrankheit. Bei der dazugehörigen Koronarangiographie wird ein Katheter in die Herzarterien eingeführt, und die Herzkranzgefäße werden mit einem Kontrastmittel sichtbar gemacht. Sind sie verengt, können sie dann durch eine perkutane koronare Intervention (PCI) über den Katheter gedehnt und mit einem Stent versehen werden.

In Deutschland werden mehr Koronarangiographien und PCIs durchgeführt als in Österreich und der Schweiz. Laut „Herzbericht“, einer Publikation, die die kardiologische und herzchirurgische Versorgung in Deutschland übergreifend analysiert, erfolgten allein 2010 mehr als 880.000 Koronarangiographien – 70 Prozent mehr als in Österreich und 98 Prozent mehr als in der Schweiz. Bei ungefähr jeder dritten Untersuchung wird eine PCI durchgeführt.

Die Qualität von Koronarangiographien und PCIs hat das WidO mithilfe des Verfahrens „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) untersucht. Dabei werden Krankenhausbehandlungen von AOK-Patienten anhand anonymisierter Klinikabrechnungen analysiert. In einer Langzeitbeobachtung können so Ereignisse in der Klinik, aber auch solche nach der Entlassung in die Qualitätsmessung einfließen. Neben Komplikationen wie Gefäßverletzungen, Blutungen und Schädigungen der Nieren standen dabei auch Folgeeingriffe im Fokus.

In den Jahren 2008 bis 2010 wurden so rund 100.500 PCIs bei Patienten ohne Herzinfarkt analysiert. Das Resultat: Bei jeder sechsten PCI kam es zu einer Komplikation oder einem ungeplanten Folgeeingriff. Von Komplikationen waren 7,9 Prozent der Patienten betroffen. Bei 10,0 Prozent erfolgte innerhalb von 90 Tagen bis einem Jahr eine erneute Katheterintervention. 1,7 Prozent mussten

sich innerhalb von 30 Tagen bis einem Jahr einer ungeplanten Bypass-OP unterziehen.

Für den Klinikvergleich wurden nur Krankenhäuser mit mindestens 30 PCIs im Jahr betrachtet. Die Häufigkeit der Zwischenfälle unterscheidet sich dabei von Klinik zu Klinik. Insgesamt wurden die Ergebnisse von 443 Krankenhäusern untersucht. Bei einem Viertel der Kliniken gab es demnach 66 Prozent mehr solcher Ereignisse als bei dem Viertel der Kliniken mit den geringsten Raten.

Der AOK-Krankenhausnavigator, ein Infoportal in Kooperation mit der Weissen Liste der Bertelsmann-Stiftung, verzeichnet die Ergebnisse zu PCIs bei Patienten ohne Herzinfarkt für einzelne Kliniken (<http://weisse-liste.krankenhaus.aok.de>). ■

Mehr Infos:

www.qualitätssicherung-mit-routinedaten.de

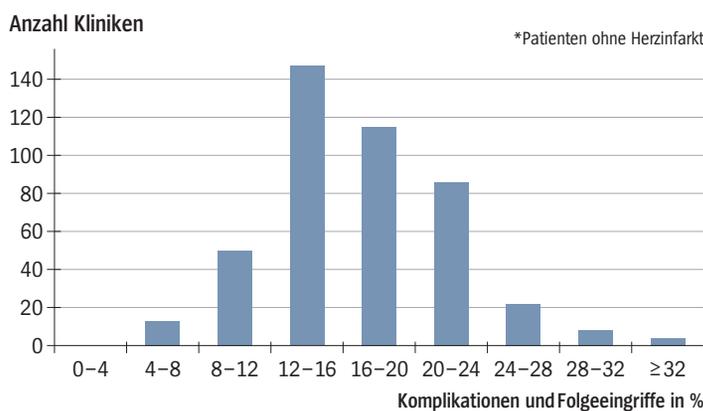
Jeschke E, Baberg HT, Dirschedl P et al.: Komplikationen und Folgeeingriffe nach koronaren Prozeduren in der klinischen Routine. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 138, Nr. 12, Seiten 570–575



Christian Günster,
Forschungsbereichsleiter
Krankenhaus im WidO

„In Deutschland werden Herzkatheterbehandlungen sehr häufig durchgeführt. Die Qualität des Eingriffs unterscheidet sich dabei von Klinik zu Klinik.“

Große Unterschiede bei perkutaner koronarer Intervention (PCI)*



Die Datenbasis bilden die AOK-Fälle der Jahre 2008 bis 2010 inklusive Folgeereignisse im Jahr 2011. Verglichen werden 443 Krankenhäuser mit mindestens 30 AOK-Fällen in diesem Zeitraum. Berücksichtigt wurden Komplikationen wie Sterblichkeit, Bluttransfusionen und Verletzungen der Gefäßwand sowie erneute PCIs und Bypass-OPs als ungeplante Folgeeingriffe.

WID0-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WidO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WidO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144



Fehlzeiten-Report 2013

Wenn Arbeit süchtig macht

Suchtprobleme spielen in der Arbeitswelt eine große Rolle. Schätzungen zufolge konsumieren bis zu zehn Prozent aller Beschäftigten Suchtmittel in missbräuchlicher Weise, vor allem Alkohol oder Medikamente.

Mit einer deutlichen Zunahme rechnen Experten bei den „neuen“ Süchten wie Medien- oder Arbeitssucht. Denn in einer hochflexiblen Arbeitswelt, in der die Grenzen zwischen Beruf und Privatleben immer mehr verschwimmen, wächst der Druck auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, ihre geistige Leistungsfähigkeit auf

hohem Niveau zu halten oder sie sogar zu steigern. In solchen Situationen verspricht Neuro-Enhancement, die Einnahme leistungssteigernder Substanzen, vermeintliche Abhilfe. Die damit einhergehenden Nebenwirkungen sind noch weitgehend unerforscht.

Der Fehlzeiten-Report 2013 zeigt, was betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik leisten müssen, um mit dem Thema Sucht in der Arbeitswelt kompetent umzugehen. Er informiert außerdem umfassend über die Entwicklung des Krankenstands in der deutschen Wirtschaft und beleuchtet dabei detailliert die einzelnen Branchen. ■

Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.):
Fehlzeiten-Report 2013. Schwerpunkt: Verdammnis zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?
Heidelberg, Berlin:
Springer 2013; ca. 550
Seiten, 49,99 Euro,
ISBN 978-3-642-37116-5



Neuerscheinung

Zukunftsfragen

Die Kritik am Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wird immer lauter. Vor der Bundestagswahl im Herbst erwächst daraus die Frage, wie das deutsche Krankenversicherungssystem künftig aussehen soll.

Klaus Jacobs und Sabine Schulze sind die Herausgeber des Ende August 2013 erscheinenden Sammelbandes „Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System“. Bekannte Autoren analysieren darin die unterschiedlichen Facetten eines zukunftsfähigen Krankenversicherungs-

systems. Dazu zählen etwa die Ausprägung und die Intensität des derzeitigen Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV, Unterschiede in den Erwerbs- und Einkommensstrukturen gesetzlich und privat Krankenversicherter sowie Schwachstellen im heutigen Geschäftsmodell der PKV. Mit Blick auf die Zukunft werden unter anderem Perspektiven der solidarischen Finanzierung und Fragen der Generationengerechtigkeit betrachtet. Aktuelle Erfahrungen mit den einheitlichen Krankenversicherungssystemen der Niederlande und der Schweiz runden das breite Themenspektrum ab. ■

Jacobs K, Schulze S (Hrsg.): *Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*, Berlin: KomPart-Verlag 2013; ca. 272 Seiten, ca. 17,80 Euro
ISBN 978-3-940172-31-0
voraussichtlicher
Erscheinungstermin:
Ende August 2013

Arzneimittel

Nutzenbewertung auch für den Bestandsmarkt

Welchen Nutzen haben neue Medikamente? Diese Frage beantwortet seit dem 1. Januar 2011 die frühe Nutzenbewertung für Arzneimittel. Nun wird dieses Instrument auch für Präparate angewendet, die schon vorher auf dem Markt waren.

Neue Arzneimittel werden schon seit 2011 der frühen Nutzenbewertung unterzogen. Der Grad des Zusatznutzens, den ein Präparat hat, fließt dann in die Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Hersteller ein. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat dieses Verfahren nun auf Arzneimittel ausgeweitet, die bis 2010 in den Handel gelangt sind. Wegen der großen Zahl dieser patentgeschützten Präparate musste dafür ein Verfahren gefunden werden, das die Bedeutung dieser Präparate für die Arzneimittelversorgung berücksichtigt.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat dazu Modellierungen veröffentlicht, unter anderem im Arzneiverordnungs-Report 2012, auf die sich der GBA nun in seinen Kriterien beruft. So nutzt er die Berechnungen des WIdO, um die Umsätze und Verordnungen für patentgeschützte Arzneimittel zu prognostizieren. Auf dieser Grundlage wird dann bestimmt, wie relevant sie für den deutschen Arzneimittelmarkt sind. Diese Bestandsmarktrelevanz entscheidet darüber, ob ein Präparat des Bestandsmarktes zur Nutzenbewertung aufgerufen wird. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Helmut Schröder: „Risiko Multimedikation – Sachstand und Handlungsansätze“, 4. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie, Berlin, 6/2013 +++ Uwe Eichler: „Potenzielle Arzneimittelinteraktionen in der ambulanten Versorgung“, Über-, Unter- und Fehlversorgung – Medikation im Alter und bei Demenz, Symposium des Landesverbandes der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V., Düsseldorf, 6/2013 +++ Helmut Schröder: „Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren“, Fachtagung Wirtschaftskommunikation, Berlin, 6/2013 +++

Pflegereform 2014: Was ist zu tun?

von Heinz Rothgang¹ und Klaus Jacobs²

ABSTRACT

Für die Weiterentwicklung der Langzeitpflege und ihrer Finanzierung muss die vergangene Legislaturperiode als weitgehend verlorene Zeit betrachtet werden. Die neue Regierung muss den Reformstau in diesem Bereich in Angriff nehmen. Das betrifft nicht nur die liegen gebliebenen Aufgaben wie die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sondern auch strukturelle Fragen in Bezug auf die Leistungs- und Finanzierungsseite der Pflegeversicherung sowie ihre Beziehung zu anderen Sicherungssystemen.

Schlüsselwörter: Langzeitpflege, Reformstau, Pflegebedürftigkeitsbegriff, Pflegeversicherung

Regarding the further development of long-term care and its financing the ending legislative period must almost be considered a waste of time. Thus, the new government has to bring various reforms on their way. This does not only concern previously untouched tasks such as implementing new eligibility criteria for insurance benefits, but also structural questions like both the benefits and the financing of long-term care insurance as well as its relations to other systems of social security.

Keywords: long-term care, reform backlog, new eligibility criteria for insurance benefits, long-term care insurance

1 Die Notwendigkeit struktureller Reformen

Im Mai kommenden Jahres kann die Pflegeversicherung ihren 20. Geburtstag feiern: Am 26. Mai 1994 wurde das „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ (Pflege-Versicherungsgesetz) im Bundesgesetzblatt verkündet. Waren die ersten Jahre durch Aufbau der Versicherung und Einführungseffekte gekennzeichnet, zeigten sich in den vergangenen Jahren zunehmend die Notwendigkeiten einer strukturellen Reform. Ausdruck hiervon sind das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 (Bieback 2009; Igl et al. 2008) und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2013, die ihren Reformanspruch jeweils bereits im Titel deutlich machten, zentrale Problemlagen aber nicht oder nicht überzeugend adressierten. Tatsächlich zeichnet sich die Notwendigkeit struktureller Reformen deutlich ab. Nachfolgend wird dabei schwerpunktmäßig auf die Finanzierungsseite eingegangen und diskutiert, welche ausgabenträchtigen Faktoren zu beachten sind, welche Finanzierungsnotwendigkeiten sich daraus ergeben und wie

diese finanziert werden können. Im Ausblick werden dann weitere strukturelle Reformnotwendigkeiten thematisiert.

2 Mehr Pflegebedürftige in veränderten Pflegearrangements

Es gibt eine Reihe von Gründen für steigenden Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung (Jacobs und Rothgang 2011; Rothgang und Jacobs 2011). Der wohl augenfälligste liegt in der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung. Laut aktueller Vorausberechnung der Statistischen Ämter (Variante „mittlere Bevölkerung, Untergrenze“) nimmt die Gesamtbevölkerung gegenüber 2009 bis 2030 um gut fünf Prozent und bis 2050 um 15 Prozent ab. Im selben Zeitraum wächst die Zahl der 80-Jährigen und Älteren um rund 55 (bis 2030) beziehungsweise sogar um fast 150 Prozent (bis 2050). In absoluten Zahlen: Von den über 80 Millionen Einwohnern Deutschlands sind heute mit etwa vier Millionen rund fünf

¹Professor Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik · Universität Bremen · Mary-Somerville-Straße 5 · 28359 Bremen · Telefon: 0421 218-58557 · E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

²Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 34646-2182 Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Prozent 80 Jahre und älter. 2050 läge dieser Anteil bei einer auf weniger als 70 Millionen Menschen gesunkenen Wohnbevölkerung mit mehr als zehn Millionen Menschen bei fast 15 Prozent (*StatÄ 2010*).

Ob die Anzahl beziehungsweise der Anteil der Pflegebedürftigen gleichermaßen zunimmt, ist weniger gewiss. In den meisten Vorausberechnungen werden konstante altersspezifische Pflegehäufigkeiten unterstellt. Diese Annahme ist nicht unumstritten, weil die Angehörigen nachwachsender Geburtsjahrgänge im Durchschnitt gesünder altern als ihre Vorgänger (*Kuhlmey 2006*). Dadurch sinken die altersspezifischen Pflegeinzidenzen, also die Häufigkeiten des (Neu-) Auftretens von Pflegebedürftigkeit (*Rothgang et al. 2009, 127ff.*), doch hat die immer höhere Lebenserwartung zumindest bislang nicht nur zu mehr „pflegefreier“ Zeit, sondern auch zu einer Verlängerung der Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit geführt (*Unger et al. 2011*). „Gesünderes Altern“ führt damit per Saldo noch keineswegs automatisch zu insgesamt sinkenden Pflegeprävalenzen. Im Zeitraum von 1999 bis 2008 sind die altersstandardisierten Prävalenzen lediglich um ein Prozent gesunken (*StatÄ 2010, 27*) und damit praktisch konstant geblieben – allerdings mit einer gewissen Anteilsverschiebung in Richtung Pflegestufe 1. Eine Verlängerung der Zeitreihen auf den Zeitraum von 1998 bis 2011 mit Daten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bestätigt dieses Ergebnis (*Rothgang et al. 2012a, 179*). Beruhend auf im Zeitverlauf konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen ermittelt das Statistische Bundesamt einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,4 Millionen bis 2030 und 4,5 Millionen bis 2050, wobei das Wachstum der Fallzahlen regional allerdings sehr unterschiedlich ausfällt (Abbildung 1).

Der zweite Grund für steigenden Finanzierungsbedarf liegt in einer Verschiebung in den Versorgungsarrangements der Pflegebedürftigen. Seit Bestehen der Pflegeversicherung hat es bei der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsarten kontinuierliche Verschiebungen gegeben. Dabei ist der Anteil der zu Hause gepflegten reinen Pflegegeldempfänger in der SPV deutlich gesunken: von 56,3 Prozent 1997 über 50,7 Prozent (2000) auf 43,9 Prozent (2012) (*BMG 2013*). Gleichzeitig hat die professionelle Pflege durch ambulante Pflegedienste und in stationären Pflegeeinrichtungen an Bedeutung gewonnen. Das hängt zum Teil damit zusammen, dass die Pflegebedürftigen im Durchschnitt immer älter werden und insbesondere Hochaltrige vergleichsweise häufiger im Heim und seltener zu Hause privat gepflegt werden (*Rothgang et al. 2012b, 33*). Letzteres wird angesichts der zu erwartenden Abnahme des privaten Pflegepotenzials aber auch generell immer schwieriger. Auch diese Entwicklung ergibt sich allein schon aus der demografischen Entwicklung – in diesem Fall aus der Abnahme der Zahl potenzieller Pflegepersonen pro Pflegebedürftigem –, aber auch aus der wachsenden Erwerbstätigkeit von Frauen in der „Töchter-

und Schwiegertöchter-Generation“ sowie zunehmend großen Entfernungen zwischen den Wohnorten von Eltern und Kindern. Um den gerade auch für die Entwicklung des Finanzierungsbedarfs relevanten Trend zur Professionalisierung der Pflege zumindest ein Stück zu verlangsamen und damit die von Pflegebedürftigen präferierte häusliche Pflege zu stabilisieren, müssen die Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf weiter verbessert und pflegende Angehörige wirksamer unterstützt werden.

Der dritte Grund für steigenden Finanzierungsbedarf liegt in der von allen politischen Kräften im Grundsatz unterstützten Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (*Rothgang 2013*). Wenn die nicht nur von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr erfolgte „Ansprache“, dass dabei niemand schlechter gestellt werden soll, nicht nur für heute schon Pflegebedürftige gilt, sondern sich auch zukünftig auf das Absicherungsniveau bei den bisherigen, auf somatische Einschränkungen ausgerichteten Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, können zusätzliche Leistungen schlechterdings nur mit zusätzlichen Mitteln finanziert werden.

In diesem Kontext ist allerdings darauf hinzuweisen, dass der „neue Pflegebedürftigkeitsbegriff“ inzwischen von Erwartungen überfrachtet ist, die weit über das hinausgehen, was eine neue Definition der Zugangsvoraussetzungen zu Pflegeversicherungsleistungen tatsächlich leisten kann. Letztlich sind der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit eng verbundene neue Begutachtungsassessment (NBA) lediglich Instrumente zur leistungsgerechten Verteilung knapper Ressourcen in einem Teilleistungssystem. Dabei sollte auch nicht übersehen werden, dass Menschen mit Demenz bereits heute erhebliche Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und derzeit lediglich ein Zehntel der Leistungsbezieher mit eingeschränkter Alltagskompetenz keiner Pflegestufe angehören. Deshalb geht es bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch nicht darum, Menschen mit Demenz erstmals einen Anspruch auf angemessene Pflegeversicherungsleistungen einzuräumen, sondern darum, das inzwischen gewachsene Geflecht von Einzelregelungen und Zusatzleistungen zu lichten und mittels eines einheitlichen Assessments Leistungsgerechtigkeit herzustellen – und zwar für rein somatisch Beeinträchtigte und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

3 Notwendige Leistungsdynamisierung

Weil es seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2008 überhaupt keine Dynamisierung der Leistungen gegeben hat, wurden die Pflegebedürftigen insoweit faktisch immer schlechter gestellt, als sie, ihre Angehörigen oder letztlich doch wieder die Sozialhilfe einen immer größeren Anteil der

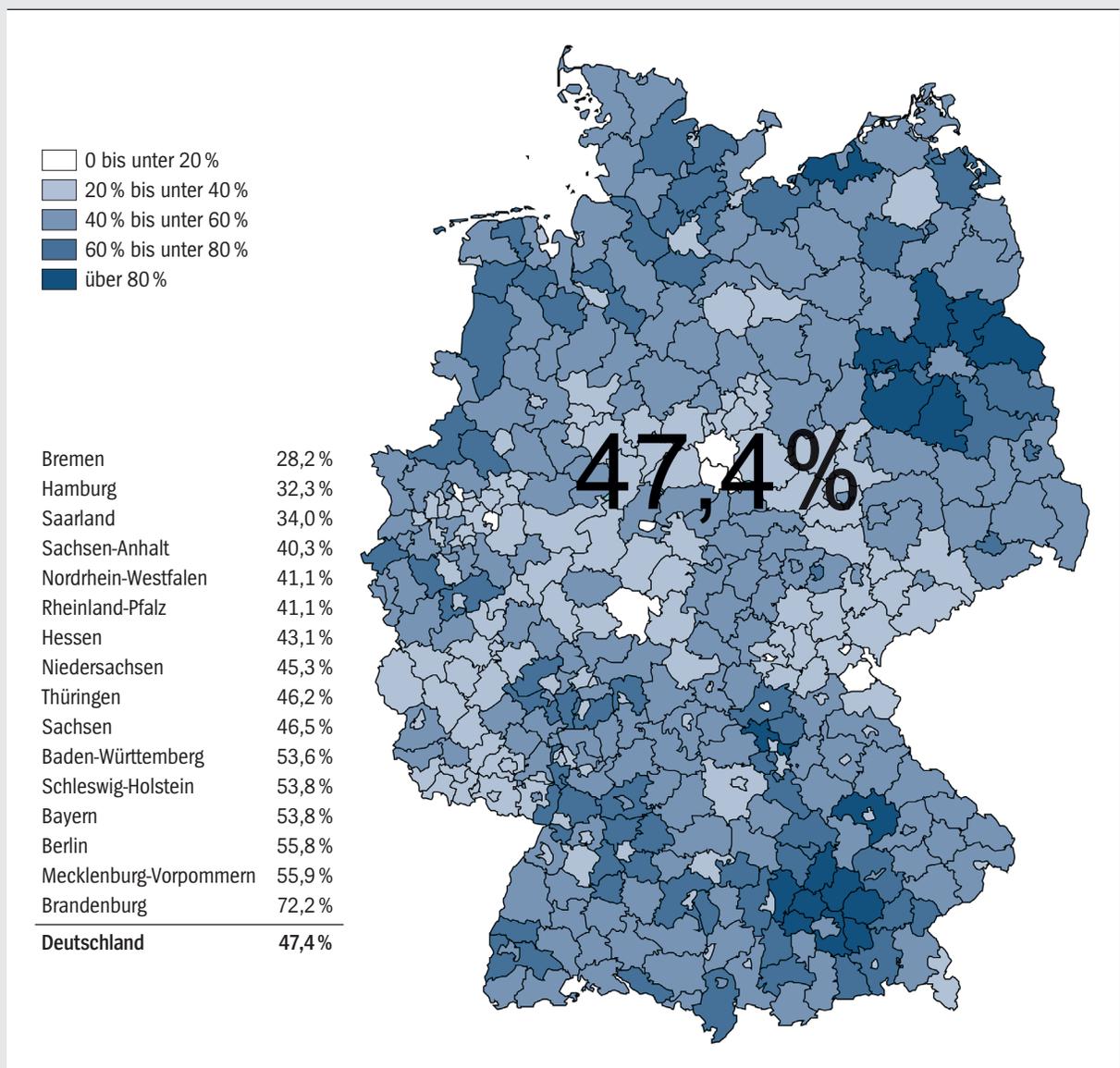
Pflegekosten tragen mussten. Die seit 2008 in drei Schritten erfolgten Leistungsanpassungen haben den zuvor seit Mitte der 1990er Jahre erfolgten Realwertverlust nicht nur in keiner Weise kompensiert, sondern waren selbst kaum in der Lage, einen weiteren Realwertverlust der Versicherungsleistungen zu verhindern. Die Leistungsanpassungen unterscheiden sich nach Pflegeform und -stufe. Werden die Inanspruchnahmeverhältnisse des Jahres 2007 zugrunde gelegt, ergibt sich für

die drei Anpassungen insgesamt ein gewogener Mittelwert von insgesamt 7,1 oder jahresdurchschnittlich 1,4 Prozent (geometrisches Mittel) für den Zeitraum von 2007 (letztes Jahr vor der Anpassung) bis 2012 (letzter Schritt der Anpassung (vgl. Rothgang 2008)).

Das Ergebnis dieser unzureichenden Anpassung lässt sich im Heimbereich gut beobachten, stellt sich aber letztlich in

ABBILDUNG 1

Relative Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2030



Quelle: eigene Darstellung nach Rothgang et al. (2012b); Grafik: G+G Wissenschaft 2013

der häuslichen Pflege nicht anders dar. Wie Tabelle 1 zeigt, die jeweils bundesweite Durchschnittsentgelte enthält, wird von der Pflegeversicherung inzwischen deutlich weniger als die Hälfte der Gesamtentgelte übernommen. Darunter fallen aber auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die nach dem Willen der Väter und Mütter der Pflegeversicherung nicht von dieser übernommen werden sollten, weil sie nicht pflegebedingt seien, sondern ansonsten auch anfallen. Allerdings kann mit gutem Recht gefragt werden, welcher Rentner einen monatlichen Betrag für Mietnebenkosten und Verpflegung von 629 Euro aufbringt. Zudem sollten die Investitionskosten eigentlich von den Ländern übernommen werden. Wie die Tabelle verdeutlicht, werden stattdessen im Durchschnitt erhebliche Beträge an die Versicherten weitergereicht, wobei die sowieso schon große Streuung bei diesem Teilentgelt noch größer ist.

In Abbildung 2 ist die Veränderung der Eigenanteile nur für die direkten pflegebedingten Kosten (Pflegesätze) im Zeitverlauf dargestellt. Waren die Leistungen bei Einführung der Pflegeversicherung teilweise noch ausreichend, um die Pflegesätze zu decken (Roth und Rothgang 1999), lag der durchschnittliche Pflegesatz selbst in Pflegestufe I bei erstmaliger Durchführung der Pflegestatistik 1999 schon mehr als 100 Euro über den Versicherungsleistungen. 2011 waren durchschnittliche Eigenanteile von 350 Euro (Pflegestufe I) bis über 750 Euro (Pflegestufe III) zu verzeichnen, wobei in den Stufen I und II, in denen auch 2012 keine Leistungsanpassung stattfand, von weiteren Steigerungen auszugehen ist.

Für die Zukunft ist die Dynamisierungsregel des Paragraphen 30 SGB XI im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz dahingehend modifiziert worden, dass alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Bundesregierung zu prüfen sind. Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttolohnentwicklung. Außerdem heißt es, dass „die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden können“. Noch ehe die erste Prüfung möglicher Leistungs-

anpassungen für das Jahr 2015 erfolgt ist, lässt diese Vorschrift schon jetzt befürchten, dass der Realwertverlust der Leistungen der Pflegeversicherung weitergehen könnte. Selbst eine an der allgemeinen Inflationsrate orientierte Anpassung erscheint in einer personalintensiven Dienstleistungsbranche zur Verhinderung weiterer Realwertverluste grundsätzlich unzureichend und deshalb als „Richtschnur“ ungeeignet. Zudem verhindert die explizite Obergrenze der Bruttolohnentwicklung die Berücksichtigung von Sondereffekten, wie etwa eine Anhebung des hinsichtlich der Attraktivität der Pflegeberufe eher für zu niedrig gehaltenen Gehaltsniveaus, von weiteren Leistungsanpassungen – etwa zum Ausgleich des zwischen 1995 und 2008 erfolgten „Stillstands“ – ganz zu schweigen. Schließlich kommt der Verweis auf die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen geradezu einer Öffnungsklausel für Anpassungen nach Kassenlage gleich. Zur Sicherung der Realwertkonstanz der Pflegeversicherungsleistungen ist daher eine regelgebundene Leistungsdynamisierung geboten, die sich zu zwei Dritteln an der allgemeinen Lohn- und zu einem Drittel an der allgemeinen Preisentwicklung orientiert und damit der Tatsache Rechnung trägt, dass zwei Drittel der Kosten im Pflegebereich Personalkosten sind.

4 Untauglicher Pflege-Bahr

Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass die Unionsparteien in ihrem „Regierungsprogramm 2013–2017“ das Ziel der Sicherstellung eines hohen Niveaus der Pflegeleistungen formuliert haben und „einen steigenden Zuzahlungsbedarf zulasten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger verhindern (wollen)“ (CDU/CSU 2013, 78). Das klingt bei ihrem aktuellen Koalitionspartner ganz anders, denn die FDP will laut ihrem „Bürgerprogramm 2013“ die Kapitaldeckung stärken; die private Pflege-Vorsorgeförderung wird als erster Schritt auf einem Weg bezeichnet, der fortgesetzt werden soll (FDP 2013, 39). Damit unterstreicht die FDP die mit der Einführung des Pflege-Bahrs verbundene Befürchtung, dass diese Form der privaten Pflegevorsorge

TABELLE 1

Monatliche Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile

Pflegestufe	Pflegekosten (1)	Unterkunft u. Verpflegung (2)	Investitions- kosten (3)	Gesamt- entgelt (4) = (1)+(2)+(3)	Versicherungs- leistungen (5)	Eigenanteil Pflegekosten (6) = (1)-(5)	Eigenanteil insgesamt (7) = (4)-(5)
Stufe I	1.369	629	395	2.393	1.023	346	1.370
Stufe II	1.811	629	395	2.835	1.279	532	1.556
Stufe III	2.278	629	395	3.302	1.470	808	1.832

Quellen: Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung Pflegestatistik zum Dezember 2011; Investitionskosten: Infratest für 2010; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

mit steuerlicher Förderung zumindest partiell einen substitutiven Charakter in Bezug auf die Leistungen der Pflegeversicherung haben könnte (Jacobs und Rothgang 2012). Auch deshalb muss noch einmal deutlich betont werden, dass der Pflege-Bahr zur Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit ein grundlegend untaugliches Produkt ist (Jacobs und Rothgang 2012; Rothgang 2012).

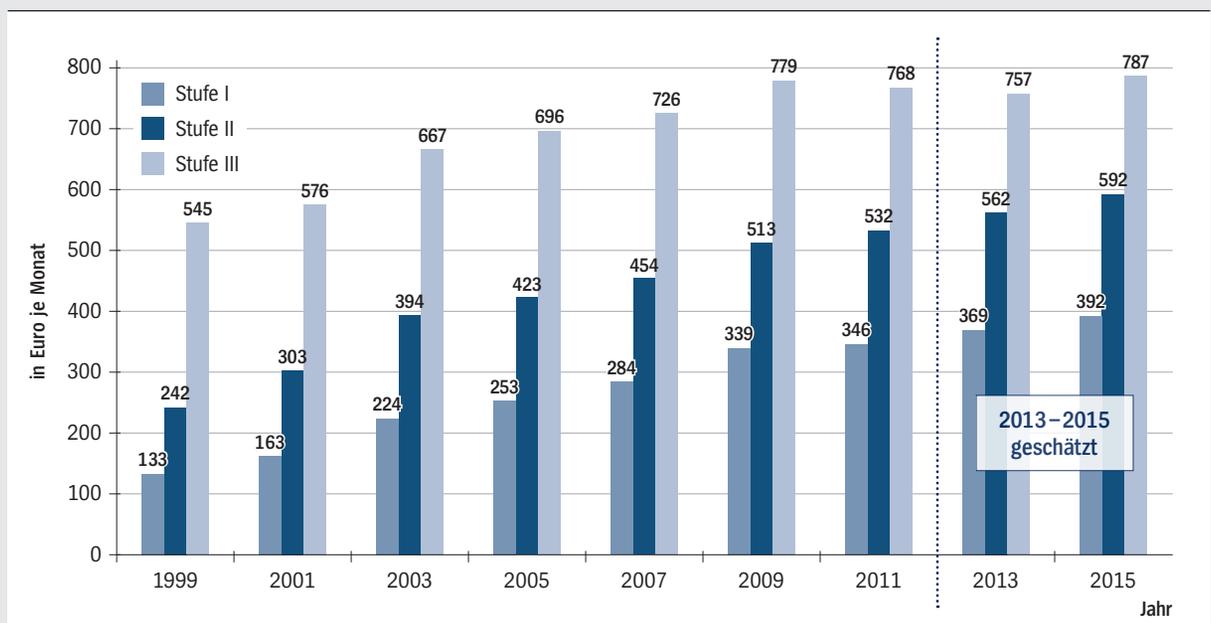
Wie die laufenden „Wasserstandsmeldungen“ zu den bisherigen Abschlüssen zeigen, scheint sich die in der Bevölkerung wahrgenommene Attraktivität des Pflege-Bahrs in Grenzen zu halten. Kurz vor Jahresmitte 2013 verkündete der PKV-Verband, dass Ende Mai 125.000 Menschen einen Fördertarif abgeschlossen hätten und inzwischen „sogar schon die Marke von 150.000 Verträgen“ angesteuert werde (PKV-Verband 2013). Das hatte sich die Bundesregierung vor Jahresfrist allerdings noch ganz anders vorgestellt. In der Begründung zu dem Mitte Juni 2012 vorgelegten Gesetzentwurf zum Pflege-Bahr heißt es, dass „angenommen (wird), dass im Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen förderfähige Versicherungsverträge abgeschlossen werden“ (Bundestagsausschuss für Gesundheit 2012, 43). Diese Annahme war nötig, um das Volumen der erforderlichen Fördermittel abzuschätzen, denn jeder Pflege-Bahr wird bekanntlich mit fünf Euro pro Monat aus dem Bundeshaushalt gefördert. Gemessen an dieser Zielvorgabe sind die referierten „Erfolgsmeldungen“ der PKV schwer verständlich.

Positiv hebt der PKV-Verband hervor, dass der Pflege-Bahr besonders stark von jungen Leuten im Alter zwischen 25 und 35 Jahren nachgefragt werde, also von Menschen, bei denen es in der Regel noch gut und gerne fünf Dekaden oder länger dauern kann, ehe sie gegebenenfalls pflegebedürftig werden. Über derart lange Zeiträume lassen sich aber Entwicklungen weder auf der Leistungs- noch auf der Beitragsseite hinreichend gewiss voraussehen, weshalb auch die Stiftung Warentest den Pflege-Bahr für Menschen unter 40 Jahren generell für wenig geeignet hält (Stiftung Warentest 2013, 71).

- Es ist völlig ungewiss, was die vereinbarten Leistungen in Bezug auf die Finanzierungslücke zwischen den Pflegekosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wirklich wert sind, und zwar nicht heute, sondern dann, wenn die Pflegebedürftigkeit eintritt – das heißt: in einigen Jahrzehnten. Die Pflegeversicherung folgt nämlich nicht dem Teilkaskoprinzip wie viele Autoversicherungen, wo ein bestimmter Geldbetrag als Eigenleistung vereinbart wird und insofern kalkulierbar ist, sondern sie ist eine Teilleistungsversicherung, bei der die Versicherungsleistung als fixer Betrag definiert wird und der ungewisse Rest beim Pflegebedürftigen oder seinen Angehörigen verbleibt oder, wenn dort nicht genug Einkommen und Vermögen vorhanden sind, bei der Sozialhilfe. Deshalb hatte auch die Deutsche Bundesbank den Pflege-Bahr als „für untere und mittlere Einkommensgruppen weniger attraktiv“ bezeichnet (Deutsche Bundesbank 2012, 9).

ABBILDUNG 2

Eigenanteil am Pflegesatz (ohne Unterkunft/Verpflegung und Investitionskosten)



Quelle: Eigene Aktualisierung aus Rothgang et al. (2012a), 30; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

- Ebenfalls kaum absehbar ist die Entwicklung der Beiträge zum Pflege-Bahr über mehrere Dekaden hinweg. Sofern die Erwartung zutrifft, dass dieses Produkt vor allem von Menschen mit überdurchschnittlich hohem Pflegerisiko nachgefragt wird – praktisch nur ihnen wird derzeit von Verbraucherberatern überhaupt ein Abschluss empfohlen (BdV 2013, 3; vzbv 2012, 10) – und die Leistungen in einigen Jahren den kalkulierten Umfang merklich übersteigen, werden die Beiträge zwangsläufig in die Höhe schießen. Die Versicherten sind dann aber „gefangen“ und können nicht einmal zu einem anderen Versicherer wechseln, der von Anfang an vorsichtiger kalkuliert hat (wozu Interessenten derzeit keinerlei Informationen erhalten können).

Anstatt fragwürdige Produkte zur Reduzierung der Finanzierungslücke zwischen den Pflegekosten und den Leistungen der Pflegeversicherung zu fördern, sollte die Politik vielmehr ihr Hauptaugenmerk darauf richten, diese Lücke möglichst klein zu halten. Dass die Pflegeversicherung – aus durchaus guten Gründen – vom Grundsatz her ein Teilleistungssystem ist, sagt zunächst ja noch nichts über die Höhe des abgesicherten Teils der Pflegekosten aus. Allein um den 20- bis 25-prozentigen Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen in den Jahren 1993 bis 2008 auszugleichen, wäre eine Anhebung der Leistungen um 4 bis 5 Milliarden Euro nötig. Ein höherer Deckungsgrad der Pflegekosten würde auch den Wünschen des Großteils der Bevölkerung entsprechen, die schon heute im großem Umfang für die wachsende Pflegeproblematik sensibilisiert und auch durchaus bereit ist, zur Absicherung des Pflegerisikos gegebenenfalls mehr zu bezahlen, solange es dabei gerecht zugeht (Zok 2011).

Nicht zu Ende gedacht ist auch die Idee, die Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung zu entwickeln – wie es etwa von der Gewerkschaft ver.di und der Partei Die Linke gefordert wird (ver.di 2012; Die Linke 2013, 23). Zum einen dürfte die Realisierung erheblich teurer werden, als in einem Gutachten berechnet, in dem rein status-quo-orientiert jegliche Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten ausgeblendet wurden (Lüngen 2012). So könnte eine Vollversicherung der stationären Pflege zu einem deutlichen Anstieg der Heimquote führen. Zum anderen – und vor allem – wird dieser Vorschlag aber auch ernsthaften Gefahren von Moral Hazard sowie angebots-induzierter Leistungsanspruchnahme nicht gerecht. Sowohl die Leistungsanspruchnahme (Entscheidungen über Pflegearrangements mit formeller/professioneller sowie ambulanter/stationärer Pflege) als auch der Pflegemarkt würden grundlegend neue Steuerungsstrukturen erfordern, um die Pflegeversicherung vor finanzieller Überforderung zu schützen. Dies wird von Lüngen auch konzidiert, der diese Problematik in seinem Gutachten – auftragsgemäß – nur am Rande thematisiert und feststellt, dass hinsichtlich der Steuerungsarten „Forschungsbedarf“ bestehe (Lüngen 2012, 59).

Deshalb scheint es richtig, an der Idee der Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung grundsätzlich festzuhalten. Zwischen dem heutigen Eigenanteil in einer Größenordnung von rund 50 Prozent – auch in Bezug auf die Gesamtlebenskosten für Pflege (Rothgang et al. 2012a, 215) – und einer vollständigen Abdeckung besteht allerdings noch viel Luft, die es durch eine substanzielle Leistungserhöhung zum Ausgleich der seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgten Wertverluste sowie ausreichende Dynamisierungen im weiteren Zeitverlauf merklich zu vermindern gilt.

Was die Finanzierung der Mehrausgaben angeht, dürfte an einer Anhebung des Beitragssatzes kein Weg vorbeigehen. Das erforderliche Ausmaß hängt allerdings stark davon ab, inwieweit auch weitergehende Reformen zur Abgrenzung von Personenkreis, beitragspflichtigen Einnahmen und Beitragsbemessungsgrenze in Angriff genommen werden. Wenn die politischen Mehrheiten für eine Pflege-Bürgerversicherung (Dräther et al. 2009) nicht reichen, sollte zumindest ein systemübergreifender Solidausgleich eingeführt werden, wie er nach dem Koalitionsvertrag der großen Koalition 2005 bereits einmal vorgesehen war: „Im Gegensatz zur Krankenversicherung haben gesetzliche und private Pflegeversicherung einen einheitlichen Leistungsumfang. (...) Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen wird ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt (CDU/CSU/SPD 2005, 107). Modellrechnungen zeigen dabei, dass der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung dauerhaft unterhalb von 3,3 Beitragssatzpunkten gehalten werden kann, wenn die Privatversicherten einbezogen werden, die Beitragsbemessungsgrenze auf die Grenze der gesetzlichen Rentenversicherung hinaufgesetzt wird und alle Einkommensarten beitragspflichtig werden – und das bei einer dauerhaft kaufkrafterhaltenden Leistungsdynamisierung und unter Berücksichtigung von Mehrkosten durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Rothgang et al. 2011).

5 Ausblick

Wie die vorstehenden Ausführungen deutlich gemacht haben sollten, werden die Kosten für die Versorgung einer stetig steigenden Zahl Pflegebedürftiger in den nächsten Dekaden deutlich steigen. Ein nachhaltiges Konzept zur Finanzierung dieser Finanzierungslasten muss aber erst noch beschlossen werden. Eine Privatisierung der Kosten im Sinne freiwilliger Zusatzversicherungen erscheint wenig erfolgversprechend. Stattdessen sollte angestrebt werden, den individuellen Finanzierungsbedarf, also die Lücke zwischen den Pflegekosten und der Sozialversicherungsleistung durch Leistungsverbesserungen in der sozialen Pflegeversicherung (und der daran angelehnten privaten Pflegepflichtversicherung) und eine kaufkrafterhaltende Leistungsdynamisierung zu verkleinern.

Um dies zu finanzieren, bietet es sich an, die personelle und sachliche Beitragsbemessungsgrundlage auszuweiten.

Neben den Finanzierungsproblemen sollen aber zwei weitere strukturelle Reformnotwendigkeiten zumindest kurz angesprochen werden. Die erste betrifft die künftige Sicherstellung der Pflege, die dadurch gefährdet ist, dass weder die familialen noch die professionellen Pflegekapazitäten ohne erhebliche Anstrengungen entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen mitwachsen werden. Aktuellen Berechnungen zufolge wird sich allein bis 2030 eine Versorgungslücke von knapp 500.000 Vollzeitbeschäftigten in der Langzeitpflege auf tun, und zwar bereits ohne eine Erhöhung der Beschäftigtenzahl pro Pflegebedürftigen, wie sie aus Gründen der Pflegequalität gefordert werden könnte (Rothgang et al. 2012b). Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung von Pflegeinfrastruktur und Pflegesystem im Hinblick auf die künftige Sicherstellung der Pflege liegen sowohl in der Unterstützung familialer Pflege, insbesondere durch verbesserte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (und zwar jenseits der gut gemeinten, aber nicht zuletzt aufgrund des fehlenden Rechtsanspruchs gescheiterten Familienpflegezeit), als auch in der Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Entlohnung in der professionellen Pflege, um die Attraktivität des Berufs zu steigern, sowie in der Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements, das vor allem bei der sozialen Betreuung von Pflegebedürftigen und der Mobilisierung von Selbstversorgungspotenzialen im Rahmen von Quartierskonzepten eine noch deutlich größere Rolle spielen kann.

Die zweite strukturelle Reformnotwendigkeit resultiert daraus, dass die institutionelle Ausgestaltung des derzeitigen Sicherungssystems dysfunktionale Anreize setzt. So „lohnt“ sich Rehabilitation bei Pflege aus Sicht der Kassen nicht, da die Rehabilitation aus der – wettbewerblich organisierten – Krankenversicherung finanziert wird, die Erfolge aber bei der – nicht wettbewerblich organisierten – Pflegeversicherung zu Buche schlagen. Kassen, die sich gemäß der Systemlogik verhalten, werden daher keine besonderen Anstrengungen unternehmen, um Rehabilitation bei Pflege zu fördern. Dieses offensichtliche Schnittstellenproblem wurde bereits bei Einführung der Pflegeversicherung thematisiert (Jacobs 1995), aber erst 2008 im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom Gesetzgeber aufgegriffen – und dann leider mit untauglichen Maßnahmen. So wurden die Krankenkassen verpflichtet, eine „Strafzahlung“ von gut 3.000 Euro an die Pflegekassen zu leisten, sollten sie durch eigenes Verschulden innerhalb von sechs Monaten eine notwendige medizinische Rehabilitationsmaßnahme nicht erbracht haben. Hier wird ein Gegensatz zwischen der Krankenkasse und „ihrer“ Pflegekasse konstruiert, der in der Realität nicht vorhanden ist – die Regelung ist daher leerlaufen. Das Problem an der Wurzel packen könnte stattdessen heißen, bei den Kassen ein unmittelbares ökonomisches Interesse an einer Vermeidung oder Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer wettbewerblichen

Ausgestaltung der Pflegeversicherung zu installieren, zumal es aktuell noch ein weiteres Anreizproblem gibt: Aus Sicht der Kassen ist die stationäre Pflege insofern günstiger, als die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim im Rahmen der Pflegeversicherung finanziert wird und damit im Kassenwettbewerb „unschädlich“ ist, während häusliche Krankenpflege von der Krankenkasse bezahlt wird und damit unmittelbar wettbewerbsrelevant ist. Diesem Anreizproblem könnte durch eine Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege auf die Krankenversicherung entgegengewirkt werden, wobei der entsprechende Finanzbedarf dann allerdings im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden müsste (Hoberg et al. 2013).

Insgesamt zeigt sich damit ein erheblicher Bedarf an strukturellen Reformen bei der Absicherung des Pflegerisikos, und es bleibt zu hoffen, dass sich die kommende Bundesregierung dieser Herausforderung stellt und die Reform nicht weiter vor sich herschiebt.

Literatur

- BdV [Bund der Versicherten] (2013):** Merkblatt – „Pflege-Bahr“: Staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung; www.bundderversicherten.de/Kranken-Pflege/Pflege-Bahr (letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Bieback K-J (Hrsg.) (2009):** Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verlag
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2011):** Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2012) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten; www.bmg.bund.de -> Pflege -> Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Bundestagsausschuss für Gesundheit (2012):** Ausschuss-Drs. 17(14)287 vom 12.06.2012 (Änderungsantrag 18 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung)
- CDU/CSU (2013):** Gemeinsam für Deutschland. Regierungsprogramm 2013–2017; www.cdu.de/regierungsprogramm (letzter Zugriff: 08.07.2013)
- CDU/CSU/SPD (2005):** Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005; www.cducsu.de/upload/koavertrag0509.pdf (letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Deutsche Bundesbank (2012):** Monatsbericht, September 2012
- Die Linke (2013):** Wahlprogramm der Partei DIE LINKE zur Bundestagswahl 2013; www.die-linke.de/wahlen/wahlprogramm/ (letzter Zugriff: 08.07.2013).
- Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (2009):** Pflege-Bürgerversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.). Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart, 71–93
- FDP (2013):** Bürgerprogramm 2013. Damit Deutschland stark bleibt!; www.fdp.de/files/565/Bürgerprogramm_A5_Online-Fassung.pdf (letzter Zugriff: 08.07.2013)

Hoberg R, Klie T, Künzel G (2013): Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe, Kurzfassung. AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg; <http://agp-freiburg.de/> (letzter Zugriff: 08.07.2013)

Igl G, Naegele G, Hamdorf S (Hrsg.) (2008): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Münster: Lit Verlag

Jacobs K (1995): Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung. In: Fachinger U, Rothgang H (Hrsg.) (1995). Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Berlin: Duncker & Humblot, 245–262

Jacobs K, Rothgang (2011): Zukunft der Pflegefinanzierung: Eckpunkte für eine tragfähige Reform. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 11, Heft 3, 14–22

Jacobs K, Rothgang H (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 5, 41–51

Kuhlmei A (2006): Gesundes Altern – geht das? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 6, Heft 1, 7–13

Lüngen M (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten im Auftrag von ver.di, Osnabrück

PKV-Verband (2013): Große Nachfrage nach geförderter Pflegevorsorge – gerade auch bei jungen Leuten. Pressemitteilung, Berlin, 19.06.2013.

Roth G, Rothgang H (1999): Die Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Entwicklung der Heimentgelte. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 7, Heft 4, 306–334

Rothgang H (2008): Stellungnahme zum Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (BT-Drs. 16/7439) zur Anhörung des BT-Gesundheitsausschusses am 23.01.2008. Ausschussdruck-sache 16(44)0327(72neu)

Rothgang H (2012): Nach der Mini-Pflegereform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst. Soziale Sicherheit, Jg. 61, Heft 7, 245–254

Rothgang H (2013): Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und seine Umsetzung. Soziale Sicherheit, Jg. 62, Heft 7, 245–250

Rothgang H, Jacobs K (2011): Substanziell und solidarisch – zur Zukunft der Pflegeversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 65, Heft 4, 9–19

Rothgang H, Kulik D, Müller R, Unger R (2009): GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, GEK-Edition. Band 73. St. Augustin: Asgard

Rothgang H, Arnold R, Sauer S et al. (2011): Berechnung der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen; www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebuergerversicherung.pdf (letzter Zugriff: 10.7.2013)

Rothgang H, Müller R, Unger R (2012b): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung

Rothgang H, Müller R, Unger R et al. (2012a): BARMER GEK-Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard

StatÄ [Statistische Ämter des Bundes und der Länder] (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden; www.destatis.de -> Publikationen -> Thematische Veröffentlichungen -> Bevölkerung -> Bevölkerungsvorausberechnung (letzter Zugriff: 10.07.2013)

Stiftung Warentest (2012): Lieber ohne Förderung. Gute Pflege-tagegeldversicherungen können die Finanzlücke im Pflegefall schließen, die staatlich geförderte Vorsorge taugt aber wenig. Finanztest, Heft 5, 70–77

Unger R, Müller R, Rothgang H (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. Das Gesundheitswesen, Jg. 73, Heft 5, 292–297

ver.di [Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft] (2012): Gutachten zur Pflege: Solidarische Vollversicherung ist längst überfällig und bezahlbar, Pressemitteilung vom 15.11.2012

vzbv [Verbraucherzentrale Bundesverband] (2012): Die Zusatzversicherung für Pflege – eine sinnvolle Ergänzung?; www.vzbv.de/10919.htm (letzter Zugriff: 10.07.2013)

Zok K (2011): Erwartungen an die Pflegereform. WIdO-monitor, Ausgabe 2; www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html (letzter Zugriff: 10.07.2013)

DIE AUTOREN



Professor Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, Jahrgang 1963, Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft an den Universitäten Köln und Sussex (England). Promotion an der Universität Köln, Habilitation an der Universität Bremen. Seit 2005 Professor für Gesundheitsökonomie und seit 2006 Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie,



Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche

Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Seit April 2009 im Erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

Integrierte Versorgungsstrukturen

Eine Dauerbaustelle bei GKV-Reformen

von Hartmut Reiners¹

ABSTRACT

Das deutsche Gesundheitswesen leidet seit jeher an einem Mangel an Kooperation und Integration der Akteure und Institutionen. Die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt machen entsprechend ausgerichtete Reformen immer dringlicher. Sie bewegen sich auf zwei verschiedenen Ebenen. Zum einen muss das Vertragsrecht flexibilisiert und die Fixierung auf Kollektivverträge der Kassen mit den Leistungserbringern zugunsten von Selektivverträgen weiter gelockert werden. Zum zweiten bedarf es eines neuen ordnungspolitischen Rahmens für die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung, der den Ländern mehr politische Verantwortung als bisher überträgt. Derartige Reformen können angesichts der betroffenen Institutionen mit ihren eingefahrenen Handlungsmustern und den damit verbundenen politischen Risiken und Nebenwirkungen nur schrittweise vorangetrieben werden.

Schlüsselwörter: Aufsicht, Bedarfsplanung, hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung, Kollektivvertrag, Landesgesundheitspolitik, Selektivvertrag, Sicherstellung

The German health care system has always suffered from a lack of cooperation and integration of its players and institutions. Due to the demographic development and medical progress, there is an increasingly urgent need for appropriately oriented reforms on two different levels. Firstly, contract law must be made more flexible and the fixation on collective agreements between health care funds and providers must be further relaxed in favour of selective contracts. Secondly, a new regulatory framework for demand planning and safeguarding health care supply is called for which assigns more political responsibility to the federal states. Given the established behaviour patterns of the institutions concerned and the political risks and side effects associated with them, these reforms can only be promoted gradually.

Keywords: Supervision, demand-oriented planning, GP-centred care, integrated health care, collective agreement, state health policy, selective contracting, safeguarding

1 Einleitung

Während die Integration von GKV und PKV unter der Überschrift „Bürgerversicherung“ in der Öffentlichkeit relativ breit diskutiert wird, steht eine andere, nicht minder wichtige Reformbaustelle politisch eher im Hintergrund: die Reform der Versorgungsstrukturen, die unter einem Mangel an Kooperation und Integration von Institutionen und Berufsgruppen leiden. Die damit zusammenhängenden Probleme sind vielschichtig und eignen sich nicht für plakative

Wahlkampfparolen. Aber es handelt sich um ein wichtiges Thema, dem der Gesundheits-Sachverständigenrat auch ein komplettes Gutachten gewidmet hat (SVR-G 2009). Es geht darum, die arbeitsteiligen und institutionellen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung den Anforderungen anzupassen, die sich aus den Entwicklungen in der Demografie, der Sozialstruktur und der Medizin ergeben.

Das ist leichter gesagt als getan in einem segmentierten Versorgungssystem mit fest abgesteckten Claims, deren Akteure weniger auf Kooperation und Integration konditioniert sind

¹Diplom-Volkswirt Hartmut Reiners, Berlin · E-Mail: hartmut-reiners@t-online.de

als auf die Verteidigung ihres Terrains. Die föderale Struktur der Bundesrepublik wiederum sorgt für komplizierte Wege und Zuständigkeiten bei Bestrebungen, diese verknöcherten Strukturen über Reformen aufzubrechen. Parteipolitische Interessen und das Geflecht von Politik und Medien mit seiner Anfälligkeit für Populismus bewirken ein Übriges. In diesem Beitrag werden zunächst die Gründe für eine auf Kooperation und Integration zielende Reform kurz umrissen und die diesem Ziel entgegenstehenden ordnungspolitischen Hindernisse beschrieben. Es folgt ein Ausblick auf notwendige Veränderungen. Dabei gilt der generelle Vorbehalt für alle Reformen im Gesundheitswesen: Es kann nicht gelingen, mit einem Kraftakt die gesamten Versorgungsstrukturen umzukrempeln. Man sollte zwar wissen, wohin die Reise gehen soll, aber diese selbst hat viele Stationen, weshalb Umwege einzukalkulieren sind.

2 Neue Versorgungsformen: Sachliche Erfordernisse und strukturelle Hindernisse

Die Forderung nach mehr Integration und Kooperation der Institutionen und Gesundheitsberufe geht bis in die 1970er Jahre zurück. Eine heute noch lesenswerte Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des Deutschen Gewerkschaftsbundes (WSI) monierte einen „Mangel an Kontinuität in der medizinischen Versorgung“ (*Jahn et al. 1973, 32*) und plädierte unter anderem für die Einrichtung „medizinisch-technischer Zentren“ (*Jahn et al. 1973, 48 ff.*), weil anders der medizinische Fortschritt nicht angemessen umzusetzen sei. In den 1980er Jahren wurde die Notwendigkeit einer Vernetzung der Versorgungseinrichtungen erstmals unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung diskutiert (*von Ferber et al. 1989*). Mit dem medizinischen Fortschritt und der alternden Bevölkerung sind auch die beiden wesentlichen Triebfedern für integrierte Versorgungsformen benannt:

- Die Entwicklung in der Medizin bringt ein stetig wachsendes Wissen mit sich. Deshalb wächst die Bedeutung der Allgemeinmediziner in ihrer Funktion als Lotsen im Versorgungssystem. Zugleich werden immer mehr Behandlungen ambulant oder teilstationär durchgeführt, was die Trennung in ambulante und stationäre Versorgung zunehmend obsolet macht.
- Die wachsende Zahl älterer und hochbetagter Menschen erfordert neue Kooperationsformen von medizinischer Versorgung, Gesundheitsförderung und Pflege beziehungsweise Betreuung, wenn man eine ebenso ineffektive wie teure Medikalisation sozialer Problemlagen vermeiden will. Insbesondere in dünn besiedelten Regionen spitzt sich dieses Problem zu, weil die gesamte medizi-

nische und pflegerische Versorgung nur mit integrierten Versorgungsnetzen unter Einbindung nichtärztlicher Berufe aufrechterhalten werden kann.

Wenn diese Sachlage bereits in den 1970er und 1980er Jahren diskutiert wurde, stellt sich die Frage, weshalb sie immer noch auf der Reformagenda steht. Zu deren Beantwortung muss man tief in die Geschichte des GKV-Systems eintauchen, das unter einer exakt hundert Jahre alten Erblast leidet: dem Behandlungsmonopol der Kassenärzte in der ambulanten Versorgung. Am 23. Dezember 1913 wurde nach heftigen Auseinandersetzungen das „Berliner Abkommen“ zwischen den Ärzten unter Führung des „Leipziger Verbandes“ (später „Hartmannbund“) und den Krankenkassenverbänden geschlossen, das als Gründungsakte der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV gelten kann (*Töns 1983, 73f.*). Seither können Kassenpatienten nur von einer begrenzten Zahl zugelassener Ärzte behandelt werden. Diese wurden Ende 1931 durch eine Notverordnung des Reichspräsidenten Zwangsmitglieder Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Zugleich wurde das Prinzip der Gesamtvergütung zur Rechtsnorm der Reichsversicherungsordnung (RVO), wonach die Kassen den KVen einen jährlichen Gesamtbetrag zahlen, der sich aus einem Pauschalbetrag pro Kassenmitglied ergibt und dessen Verteilung auf die Kassenärzte von den KVen festgelegt wird. Nach dem Krieg verfestigte das Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17.08.1955 dieses Kollektivvertragssystem, das auch heute noch die Grundlage für die Steuerung der ambulanten Versorgung und ein wesentliches Hemmnis für die Einführung integrierter Versorgungsformen ist (*Knieps 2012*).

Erst Ende der 1990er Jahre kam es zur ersten Flexibilisierung des Vertragsrechts durch gesonderte Strukturverträge, um die hausärztliche und integrierte Versorgung zu fördern sowie Disease-Management-Programme (DMP) für ausgewählte chronische Krankheiten zu ermöglichen. Jedoch bewegten sich diese Ansätze zunächst noch im Kontext des Kollektivvertragssystems, das heißt, ohne Zustimmung der KVen lief fast gar nichts. Der eigentliche Durchbruch erfolgte mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.01.2003, das den Kassen erstmals Selektivverträge mit Leistungserbringern zu neuen Versorgungsformen ohne Einbindung der KVen ermöglichte, die sogar ausdrücklich als Vertragspartner für derartige Verträge ausgeschlossen wurden. Kernstücke dieser Reform waren die hausarztzentrierte Versorgung und die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), die in die ambulante medizinische Versorgung integriert wurden und auch von Krankenhäusern gegründet werden können. Dieser Reformansatz wurde im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 weiter ausgebaut, indem neue Betriebsformen in der ambulanten

Versorgung ermöglicht und die hausarztzentrierte Versorgung zum Pflichtangebot aller Kassen gemacht wurde (siehe auch Tabelle 1).

Die seit 2009 regierende schwarz-gelbe Koalition eröffnete im Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch Kassenärzte und Krankenhäuser erweiterte Möglichkeiten von Behandlungen beziehungsweise Vertragsbeziehungen außerhalb des Kollektivvertragssystems. Vor allem die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten hausarztzentrierte Versorgungsmodelle anzubieten und entsprechende Verträge abzuschließen, war ein Durchbruch, weil damit derstellungsauftrag der KV als ein ordnungspolitischer Eckpfeiler des GKV-Systems in Frage gestellt wird. Er geht für diese Verträge automatisch an die Krankenkassen über, was gravierende Konsequenzen für den Kassenwettbewerb und das Verhältnis von Politik und Selbstverwaltung hat. Damit wird ein ordnungspolitischer Paradigmenwechsel eingeleitet, der zugleich Änderungen in der Zuständigkeit für die Planung und Sicherstellung der Versorgung erfordert.

3 Neue Versorgungsformen: Vertragswettbewerb und Selektivverträge

In der Debatte über eine Reform des Vertragsrechts geht es nicht um die Einführung von Wettbewerb an sich, sondern um dessen Regulierung und das Aufbrechen verkrusteter

Strukturen. Wenn der aus medizinischen wie ökonomischen Gründen erforderliche Aus- beziehungsweise Aufbau von integrierten Versorgungsformen vom Kollektivvertragssystem mit dem Behandlungsmonopol der KVen maßgeblich behindert wird, kann er nur durch Selektivverträge zwischen Kassen und ausgewählten Leistungserbringern vorangetrieben werden (Cassel *et al.* 2008). Das ist automatisch mit Wettbewerb verbunden, der jedoch einen neuen ordnungspolitischen Rahmen benötigt. Dazu später.

Zunächst interessiert die Frage, auf welchen Ebenen Selektivverträge geschlossen werden sollen. Dabei sollte klar sein, dass es auf absehbare Zeit nur um ein Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivvertragssystem gehen kann, schon weil sich ein in 100 Jahren gewachsenes System nicht von heute auf morgen umstülpen lässt. Wichtig ist vor allem, den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern Verträge zur integrierten sowie zur hausarztzentrierten Versorgung zu erleichtern und die mit dem Kollektivvertragssystem verbundenen abrechnungstechnischen Vorgänge (Bereinigung der Gesamtvergütung etc.) zu vereinfachen. Entscheidend ist die Frage, welche Versorgungsziele mit Selektivverträgen angestrebt werden. Es geht um medizinische und organisatorische Aspekte, die je nach Zielstellung unterschiedliches Gewicht haben:

- Indikationsbezogene Modelle haben eine große Bedeutung in der Versorgung chronisch und psychisch Kranker. Hier arbeiten verschiedene Gesundheitsberufe und Institutionen nach spezifischen, auf die jeweiligen Patienten und Behandlungsfälle zugeschnittenen Behandlungsplänen zu-

TABELLE 1

Bisherige Ansätze zur Flexibilisierung der Versorgung

- **Gesundheits-Reformgesetz vom 29.12.1988:** Modellvorhaben (§§ 65 ff. SGB V)
- **Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992:** ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)
- **GKV-Neuordnungsgesetz vom 23.06.1997:** Strukturverträge zwischen Kassen und KVen zu besonderen Versorgungsformen (§ 73a SGB V)
- **GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999:** Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§§ 140a ff. SGB V)
- **GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003:** Selektivverträge zur hausarztzentrierten und integrierten Versorgung (§§ 73b und 140a ff. SGB V)
- **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007:** Kassen müssen hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V anbieten. Spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern (§ 116b SGB V)
- **Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011:** Spezialfachärztliche Versorgung sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen (§ 116b SGB V)

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

sammen. Praktische Beispiele sind die DMP-Modelle für chronisch Kranke. Entsprechende Verträge sollten zum Pflichtangebot der Krankenkassen gehören. Für die psychiatrische Versorgung sowie für multimorbide und chronisch Kranke sind Versorgungsnetze mit gemeindenahen ambulanten und (teil-)stationären Angeboten erforderlich.

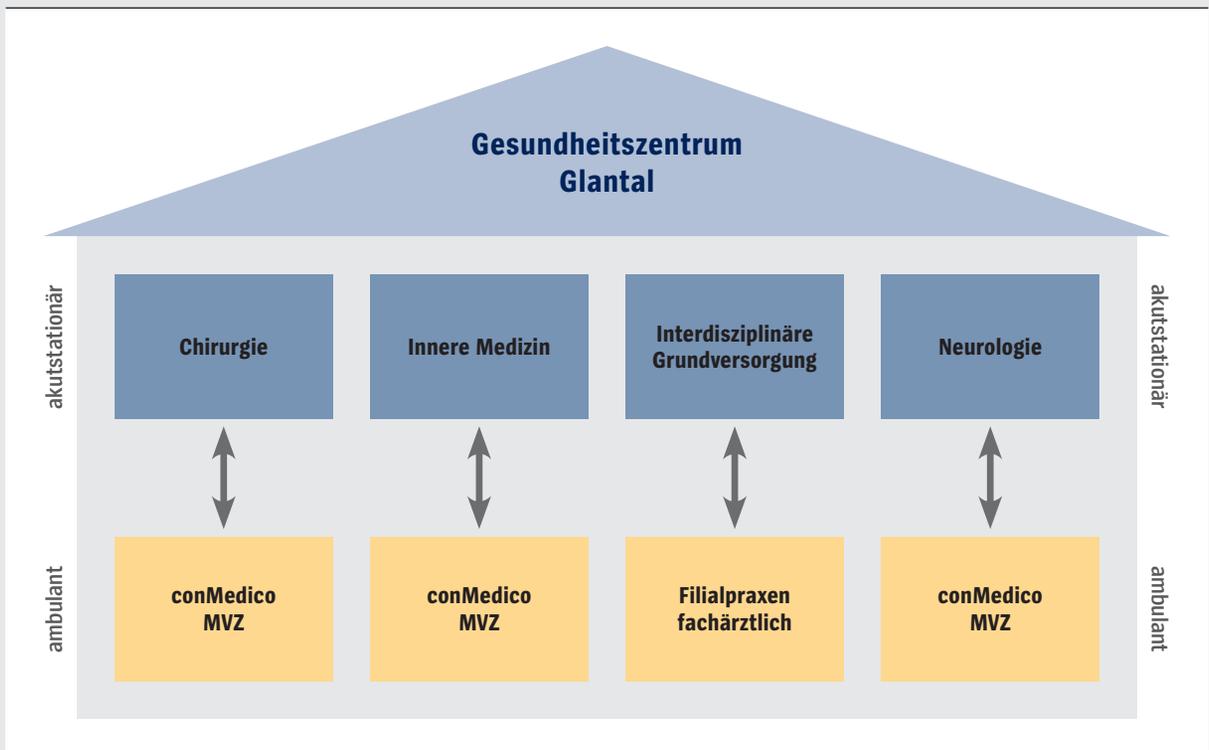
- Populationsbezogene Modelle bieten in Form von MVZ oder regionalen Netzwerken große Vorteile in der Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie von Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung. Sie sind vor allem zur Sicherstellung der Versorgung in dünn besiedelten Gegenden erforderlich. Wie das bereits heute funktionieren kann, zeigt das Beispiel des Gesundheitszentrums Glantal in Rheinland-Pfalz (Abbildung 1). Die Sicherstellung lässt sich in solch dünn besiedelten Gebieten nur durch den Aufbau von Versorgungszent-

ren gewährleisten (*Gesundheits- und Sozialpolitik Heft 12/2012*). Solche medizinischen Einrichtungen können mit aufsuchender Betreuung auch durch entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe die ambulante Versorgung in Gegenden gewährleisten, in denen einzelne Arztpraxen wegen der niedrigen Bevölkerungszahl keine ausreichende wirtschaftliche Basis haben. Zudem können dort Patienten, die stationär behandelt werden müssen, eine Erstversorgung bekommen, bis sie in größere Krankenhäuser überwiesen werden können. Auch aus diesem Grund bieten sich die bestehenden Krankenhäuser in diesen Regionen für einen Aus- beziehungsweise Umbau zu Versorgungszentren an.

Eines haben diese Versorgungsformen gemeinsam: Sie können ohne Hausärzte als Lotsen nicht effektiv funktionieren.

ABBILDUNG 1

Gesundheitszentrum Glantal: Modell für die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen



Quelle: Gass 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Das Landeskrankenhaus Rheinland-Pfalz hat das Gesundheitszentrum Glantal aufgebaut und gezeigt, wie die ambulante Versorgung in ländlichen Regionen auch heute schon sichergestellt werden kann. Kern ist die 2010 gegründete „conMedico MVZ“ mit eigenen chirurgischen, internistischen und neurologischen Praxen. Die akutstationäre Versorgung kann in diesen Bereichen von bereits bestehenden Belegabteilungen wahrgenommen werden. Hinzu kommt eine hausärztliche Bereitschaftsdienstzentrale. Weitere fachärztliche Filialpraxen sollen hinzukommen.

Auch aus diesem Grund hat die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung und der Allgemeinmedizin absolute Priorität, wobei die verbreitete Annahme, dieses Problem könne man mit finanziellen Anreizen lösen, eine Illusion ist. Hausärzte bewegen sich mit ihren Umsätzen mittlerweile im Durchschnitt der Vertragsärzte (*KBV 2013*), auch wenn es hier Unterschiede zwischen den KVen gibt, die vor allem auf die jeweilige Arztdichte zurückzuführen sind. Auch zeigen interne Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses, die hier aus Gründen der Vertraulichkeit nicht zitiert werden können, dass die Einkommen der Hausärzte nach Abzug der Praxiskosten sich kaum von dem der meisten Fachärzte unterscheiden. Das eigentliche Problem ist die Geringschätzung der Allgemeinmedizin in der Kultur des deutschen Medizinbetriebes. Erst das Gesundheitsstrukturgesetz machte ab 1993 die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner oder sonstigen Facharzt zur Voraussetzung für die kassenärztliche Zulassung. Damit wurde der „praktische Arzt“ zum Auslaufmodell, der für eine Niederlassung nur die Approbation und eine zweijährige Berufsausübung voraussetzte und mit diesen niedrigen qualifikatorischen Hürden der Denunziation von Hausärzten als Ärzten zweiter Klasse Vorschub leistete. Zwar hat es in der Aus- und Weiterbildung von Allgemeinmediziner in den letzten Jahren Fortschritte gegeben, aber nach wie vor sind sie die einzige Arztgruppe mit abnehmender Zulassungszahl.

Auf ein zweites, quasi hausgemachtes Problem machte der Gesundheits-Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten 2012 aufmerksam (*SVR-G 2012*). Er stellt fest, dass die Kassen wenig Neigung zu einem Vertragswettbewerb haben, weil sie die damit verbundenen Ausgaben vermeiden wollen, die vielleicht zu Zusatzbeiträgen führen könnten. Selektivverträge zu neuen Versorgungsformen sind Investitionen, die ihre Früchte erst mittel- bis langfristig tragen und kurzfristig meist als Zusatzausgaben verbucht werden müssen. Zumindest ist dieses Risiko nicht zu vermeiden. Da aber im Kassenwettbewerb nach wie vor der Beitragssatz die entscheidende Rolle spielt, und mit dem Zusatzbeitrag dieses Instrument eine noch stärkere Bedeutung bekommen hat, betreiben die meisten Kassen eine konservative Vertragspolitik auf Basis des Kollektivvertragssystems. Leider zieht der SVR-G keine Konsequenzen aus diesem Dilemma, wie zum Beispiel die Abschaffung des Zusatzbeitrags zu fordern, und hinterlässt eine gewisse Ratlosigkeit, wie es denn auf diesem Gebiet weitergehen soll (*Reiners 2012*).

Auch klammert er andere mit der Stärkung der Selektivverträge verbundene Fragen aus, die mit der Bedarfsplanung und der Sicherstellung der Versorgung zu tun haben. Man kann nicht Selektivverträgen den Vorrang geben, ohne damit einen Eckpfeiler des Kassenarztsystems zu unterminieren: die Verantwortung der KVen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Hierzu müssen Alternativen entwi-

ckelt werden. Die einzelnen Kassen können diese Aufgabe kaum bewältigen, da sie nur für ihre eigenen Versicherten verantwortlich sind, nicht aber für ganze Regionen. Die in unserem Gesundheitswesen mit den strikt getrennten Zuständigkeiten der Sozialversicherungszweige vom Kausalprinzip geprägten Tendenzen zur organisierten Nichtverantwortung würden sich weiter zuspitzen. Hier kommt mit dem Ausbau der Selektivverträge eine neue Aufgabe auf die Länder zu (*Ebsen 2011*), der sie sich notgedrungen, wenn auch zögerlich, zu nähern beginnen (*am Orde und Reiners 2011; Reiners 2011*).

4 Neue Versorgungsformen und die Verantwortung der Länder: Reformoptionen

Das Grundgesetz gibt den Ländern die politische Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge, zu der die Gewährleistung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung fraglos gehört. Daraus folgt jedoch keine direkte Zuständigkeit der Länder für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Das ist im deutschen Gesundheitswesen mit seiner Aufgabenteilung zwischen Regierungsbehörden und Selbstverwaltung keine tragfähige Option. Es geht vielmehr darum, die Beziehungen zwischen den politischen Instanzen und den Selbstverwaltungsorganen neu zu ordnen. Betroffen sind drei verschiedene Ebenen: die Bedarfsplanung, die Vertragsgestaltung beziehungsweise Sicherstellung der Versorgung sowie die Rechtsaufsicht über die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften

In der Bedarfsplanung geht es um eine integrierte Gestaltung der ambulanten und stationären Versorgung. Diese sollte in der Letztverantwortung der Länder liegen, deren Institutionen (Landtage, Landesregierungen) die Vorgaben für eine ausreichende und qualitativ gute Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern in den jeweiligen Regionen der Länder festlegen. In die Entscheidungsfindung müssen die Träger der Versorgungseinrichtungen und Krankenkassen eingebunden sein, was in der Landeskrankenhausplanung bereits üblich ist. Die Länder sollten den allgemeinen Rahmen der Bedarfsplanung festlegen, für den der Gemeinsame Bundesausschuss einheitliche Indikatoren beziehungsweise Referenzgrößen entwickeln sollte. Die Entscheidung darüber, wo welche Arztpraxen, MVZ oder Krankenhäuser ihren Standort haben, sollte vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern überlassen bleiben, die von der Politik vorgegebene Maßstäbe für Versorgungsqualität und Erreichbarkeit zu erfüllen haben. Den Ländern müssen dabei Durchgriffsrechte zugestanden werden, falls diese Vorgaben nicht eingehalten werden.

Die wohl schwierigste Aufgabe besteht in der Neuordnung der Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung in der ambulanten Versorgung. Die radikale Lösung würde darin bestehen, das gesamte KV-System aufzulösen und den Sicherstellungsauftrag allein den Krankenkassen zu übertragen, die dafür gegenüber dem Land die Garantie übernehmen. Abgesehen von den damit verbundenen organisatorischen Problemen würde ein solcher Systembruch die Vertragsärzte aus ihren Verpflichtungen als Mitglieder einer Körperschaft des öffentlichen Rechts entlassen. Es ist daher ratsam, dass die Vertragsärzte weiterhin Zwangsmitglieder der KVen bleiben. Diese wären sowohl für Disziplinarfragen verantwortlich als auch für die jeweiligen noch bestehenden Kollektivverträge in der ambulanten Versorgung. Für die Selektivverträge übernehmen in diesem System ausschließlich die jeweiligen Krankenkassen die Gewähr für die Versorgungsqualität. Die Vermeidung von Unter- und Überversorgung muss in der gemeinsamen Verantwortung aller Krankenkassen liegen.

Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist in diesem System weiterhin Aufgabe der Länder, jedoch mit einem erheblichen Unterschied zum geltenden Recht. Sie entscheiden nicht mehr konkret über die zugelassenen Plankrankenhäuser und deren Kapazitäten, sondern stellen sicher, dass den Bürgern in den Regionen des Landes eine den jeweiligen Erfordernissen entsprechende Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Welche Kliniken mit welchen Abteilungen dafür in Frage kommen, bleibt den Verträgen der Krankenkassen überlassen. Diese müssen so gestaltet sein, dass die Vorgaben der Landeskrankenhausplanung flächendeckend erfüllt werden. Andernfalls können die Länder deren Genehmigung verweigern und Nachbesserungen einfordern und gegebenenfalls durchsetzen.

Ein solches integriertes Sicherstellungssystem kann nur funktionieren, wenn die Landesbehörden im Rahmen der Rechtsaufsicht konkrete Durchgriffsrechte für den Fall haben, dass die Vorgaben der Bedarfsplanung und die rechtlich festgelegten Kriterien für eine angemessene Versorgung nicht erfüllt werden. Gegenwärtig haben sie nur die Zuständigkeit für die Aufsicht der KVen und der Regionalkassen mit Sitz im jeweiligen Land. Für die bundesweiten Ersatz- und Betriebskrankenkassen ist das Bundesversicherungsamt (BVA) zuständig. Der wachsende Marktanteil der bundesweiten Krankenkassen führt dazu, dass das BVA immer mehr Zuständigkeiten für die regionalen Versorgungsstrukturen erhält, die es gar nicht angemessen wahrnehmen kann. Vor diesem Hintergrund sollte die Aufteilung der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden vom Bund und den Ländern nach regionalen Kriterien zugunsten einer funktionalen Arbeitsteilung geändert werden. Bereits vor zehn Jahren hat der damalige BVA-Präsident Daubenbüchel in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe angeregt, die Aufsicht über die Haushalte der

Krankenkassen dem Bund zu übertragen, während sich die Länder um die weitgehend auf der regionalen Ebene laufenden Versorgungsverträge kümmern sollten. Dagegen wird eingewendet, man könne Fragen des Haushalts und der Beitragsgestaltung nicht von den Verträgen trennen, die eine Kasse mit Leistungserbringern geschlossen hat. Dieses Problem lässt sich durch entsprechend intensivierete Abstimmungen zwischen BVA und Landesbehörden lösen. Entscheidend ist, dass die politische Verantwortung der Länder ohne die Zuständigkeit für die Rechtsaufsicht aller für ihr Gebiet geschlossenen Versorgungsverträge nicht gewährleistet ist. Damit sollen die mit einer neuen Arbeitsteilung zwischen dem Bund und den Ländern verbundenen rechtlichen und prozessualen Probleme gar nicht kleingeredet werden. Aber sie sind lösbar, wenn man nicht die Bedenken, sondern die damit verbundenen Chancen in den Vordergrund stellt.

5 Ausblick

Wie eingangs erwähnt, kann man nicht erwarten, dass die hier angesprochenen Fragen eine nennenswerte Rolle im Bundestagswahlkampf 2013 spielen werden. Sie taugen nicht für parteipolitische Auseinandersetzungen, was nicht heißt, dass sie nicht auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen. Gefordert sind vor allem die Länder, denn sie tragen letztlich die Verantwortung für eine flächendeckende medizinische Versorgung. Die Fehlallokationen und regionalen Disparitäten im Gesundheitswesen werden sich ohne Reformen weiter zuspitzen und ihnen schwer zu schaffen machen. Die SPD-nahe Friedrich-Ebert-Stiftung und die den Grünen verbundene Heinrich-Böll-Stiftung haben kürzlich Arbeitspapiere vorgelegt, die mit jeweils unterschiedlicher Akzentuierung der Förderung integrierter Versorgungsformen Priorität einräumen und den Weg dazu über Selektivverträge ebnen wollen (*FES 2013; HBS 2013*). Von der Union liegen hierzu noch keine Vorschläge vor.

Literatur

Am Orde B, Reiners H (2011): Das Versorgungsgesetz und die Erwartungen der Länder. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 65, Heft 1, 43–45

Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO)

Ebsen I (2011): Zur Rolle der Länder bei der Sicherstellung bedarfsgerechter medizinischer Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 65, Heft 1, 46–56

FES (Friedrich-Ebert-Stiftung) (Hrsg.) (2013): Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. www.library.fes.de/pdf-files/wiso/09893.pdf (letzter Zugriff am 20.06.2013)

Gass G (2012): Die Übernahme von Verantwortung im ambulanten Bereich. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 6, 34–41

HBS (Heinrich-Böll-Stiftung) (Hrsg.) (2013): Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. [www.boell.de/downloads/2013_02_Bericht der Gesundheitskommission.pdf](http://www.boell.de/downloads/2013_02_Bericht%20der%20Gesundheitskommission.pdf) (letzter Zugriff am 20.06.2013)

Jahn E, Jahn H-H, Krasemann EO et al. (1973): Die Gesundheitsversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform. Dritte durchgesehene Auflage. Köln: Bund-Verlag

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2013): Honorarbericht für das erste Quartal 2012 – Zahlen und Fakten. www.kbv.de/41532.html

Knieps F (2012): Die Gesundheitsversorgung der Zukunft. Neue Versorgungsformen in Deutschland. In: Klein B und Weller M (Hrsg.). Masterplan Gesundheitswesen 2020. Baden-Baden: Nomos, 65–83

Reiners H (2009): Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“. Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform. G+G-Wissenschaft, Jg. 9, Heft 3, 7–12

Reiners H (2011): Sicherstellung der Versorgung: Aufgaben und Herausforderungen für die Länder. In: Jacobs K und Schulze S (Hrsg.). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart, 73–95

Reiners H (2012): Kassenwettbewerb und neue Versorgungsformen – Anmerkungen zum Sondergutachten des SVR-Gesundheit. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 5, 21–28

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> (letzter Zugriff am 21.06.2013)

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012. Bundestags-Drucksache 17/10323. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/103/17103323.pdf> (letzter Zugriff am 21.06.2013)

Töns H (1983): Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen

Von Ferber C, Radebold H, Graf von der Schulenburg M (Hrsg.) (1989): Die demographische Herausforderung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie. Band 23. Gerlingen: Bleicher

DER AUTOR



Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners, Jahrgang 1945, Ökonom und Publizist, lebt in Berlin. Bis 2009 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MAGS) des Landes Brandenburg; zuvor in gleicher Funktion im MAGS Nordrhein-Westfalen. In dieser Eigenschaft an allen

GKV-Reformgesetzen seit 1988 beteiligt. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlreiche Veröffentlichungen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie.

Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte

von Joseph Kuhn¹

ABSTRACT

Der Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung gilt als wichtige Voraussetzung dafür, das Gesundheitswesen in Deutschland zukunftsfest zu machen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sind dabei lebensweltorientierte Maßnahmen von besonderer Bedeutung – Prävention muss insofern als politische Querschnittsaufgabe (Health in all policies) verstanden werden. Die Umsetzung einer nachhaltigen Präventionsstrategie kommt in Deutschland derzeit jedoch politisch nicht voran. Der Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland stagniert seit 20 Jahren bei rund vier Prozent. Auch strukturelle Ungleichheiten in der Prävention, zum Beispiel nach Geschlecht oder sozialer Lage, zeigen eine große Beharrungskraft. Der von der Bundesregierung im Frühjahr 2013 vorgelegte Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention wird nach derzeitigem Stand der Dinge nicht mehr umgesetzt, sodass in der nächsten Legislaturperiode ein neuer Anlauf nötig wird.

Schlüsselwörter: Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitswesen, Gesundheitsausgaben

Strengthening health promotion and prevention is regarded as an important prerequisite for making Germany's health care system fit for the future. From a public health point of view, setting-related interventions are of particular importance – prevention has to be seen and dealt with as a task involving all political sectors ("health in all policies"). Currently, however, the implementation of a comprehensive and sustainable prevention strategy does not show any signs of progress. The share of expenditure on prevention and health promotion of total health care spending in Germany has been stagnant for 20 years at around four percent. At the same time, structural inequalities in prevention, for example by gender or social status, are very persistent. The draft prevention bill submitted by the German federal government in the spring of 2013 will not be implemented after all, so that a new attempt is needed in the next legislative period.

Keywords: prevention, health promotion, health care system, health care expenditures

1 Prävention – ein kurzer Blick zurück

Prävention hat gesundheitspolitisch Konjunktur. Angesichts der in den „Gesellschaften des längeren Lebens“ hohen Bedeutung von chronischen Erkrankungen, die besser vermeidbar als zu heilen sind, und der steigenden Ausgaben in der kurativen Medizin richten sich große Erwartungen auf die Prävention. In der Begründung der Bundesregierung zum aktuellen Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention beispielsweise heißt es:

„Gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter werden in einer Gesellschaft des längeren Lebens wichtiger denn je. Sie tragen dazu bei, dass Krankheiten gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden, die Menschen gesund älter werden und die Lebensqualität steigt. Je früher im Lebensverlauf Präventionsmaßnahmen umgesetzt und unterstützt werden, desto eher können Risikofaktoren beeinflusst und desto eher kann die Wahrscheinlichkeit des Auftretens insbesondere vieler chronischer Krankheiten gesenkt werden. Für das Gesundheitssystem einer

¹Dr. P.H. Joseph Kuhn, Dipl.-Psych., Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GE 4 · Veterinärstraße 2 · 85764 Oberschleißheim
Telefon: 09131 6808-5302 · Telefax: 09131 6808-5365 · E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Gesellschaft, in der der Anteil alter und sehr alter Menschen stark zunimmt, sind Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten von entscheidender Bedeutung.“

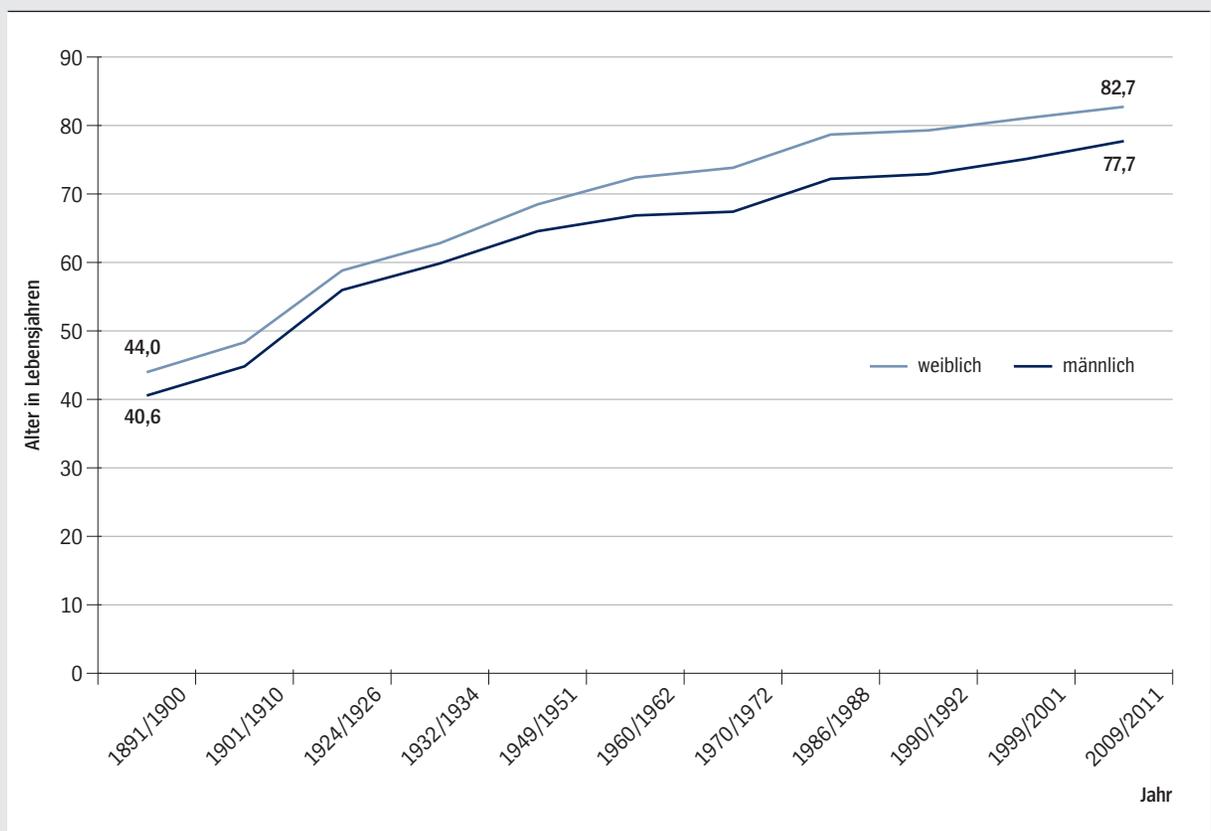
So modern große Erwartungen an die Prävention anmuten, eine Erfindung der Gegenwart ist das nicht. Hier sei nur auf die gern zitierte Feststellung des spätantiken Arztes Galen (129–199 nach Christus) hingewiesen, nach der der Prävention ein Vorrang vor der Kuration zukomme – und er war sicher nicht der erste, der dies so sah: „Da zeitlich wie der Wertschätzung nach die Gesundheit vor der Krankheit kommt, müssen wir zunächst darauf achten, wie man sie bewahren kann, und erst in zweiter Linie, wie man (...) Krankheiten heilt“ (zit. nach Bergdolt 1999, 105).

Modern ist allerdings, dass man die Prävention in diesem Maße als öffentliche, gesetzlich zu organisierende Aufgabe ansieht und nicht mehr nur als Privatangelegenheit des

Einzelnen beziehungsweise der Familie. Zwar gab es schon immer punktuell öffentliche Vorkehrungen zum Schutz der Gesundheit, zum Beispiel im Seuchenfall, aber eine aus der Rolle des Staates heraus abgeleitete, systematisch angelegte öffentliche Verantwortung für die Gesundheit ist eine neuzeitliche Entwicklung. Sie hat sich vor allem im 18. Jahrhundert im Merkantilismus entwickelt, als die Bedeutung einer gesunden Bevölkerung für Macht und Reichtum der Länder erkennbar wurde. Aus dieser Zeit stammen zahlreiche Konzepte einer „medizinischen Polizey“, gemeint ist damit eine Gesundheitsverwaltung, zum Beispiel die „Grundsätze der Polizey, Handlung und Finanz“ von Joseph von Sonnenfels 1765 oder das „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ von Johann Peter Frank, dessen erster Band 1779 und dessen sechster Band 1819 erschien (siehe dazu Flügel 2012). Von der Organisation des Gesundheitswesens über die richtige Ernährung, die gesundheitlichen Folgen der Armut, die Wohn- und Arbeitsverhältnisse bis zur Stadthygiene sind darin Dimensionen angesprochen, die auch heute noch un-

ABBILDUNG 1

Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, Darstellung: IGL; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

ter verhältnis- und verhaltenspräventiven Gesichtspunkten diskutiert werden. Die durch dieses Denken mitangestoßene und dann vor allem durch die bürgerliche Sozialreform und die Arbeiterbewegung durchgesetzte Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen im 19. und 20. Jahrhundert hat entscheidend zum Anstieg der Lebenserwartung in den letzten 100 Jahren beigetragen (Abbildung 1). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts starb noch jedes vierte Kind im ersten Lebensjahr, heute fällt die Säuglingssterblichkeit statistisch praktisch nicht mehr ins Gewicht, 2011 betrug sie 0,36 Prozent. Gerade einmal ein Drittel der Neugeborenen konnte damals erwarten, 65 Jahre oder älter zu werden, heute sind es fast 90 Prozent.

Diese Erfolge sind nur zum kleineren Teil der kurativen Medizin zuzurechnen (McKweon 1982), zum größeren Teil Faktoren wie einer besseren Ernährung, besseren Wohn- und Arbeitsverhältnissen oder der Kanalisierung der Städte. Die Cholera wurde nicht am Krankenbett, sondern vom städtischen Tiefbauamt besiegt. Prävention als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, wie sich aus der Strategie „Health in all Policies“ der Weltgesundheitsorganisation ergibt, ist also kein utopisches Zukunftsprojekt, sondern ein Stück Präventionsgeschichte. Die Erfahrungen der Vergangenheit berechtigten durchaus zu großen Erwartungen an die Prävention – sofern man die Schwerpunkte richtig setzt.

2 Gesundheitswissenschaftliche Ausgangspunkte

„Prävention“ bezeichnet das Anliegen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (Walter et al. 2012, 196). In der Literatur hat sich dabei die Unterscheidung zwischen Prävention als pathogenetischem, auf die Reduktion krankmachender Faktoren gerichteten Ansatz, und Gesundheitsförderung als salutogenetischem, auf die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen gerichteten Ansatz, eingebürgert (siehe auch Kasten auf dieser Seite). Diese Unterscheidung ist theoretisch nur bedingt tragfähig, weil letztlich auch die Förderung von Ressourcen dort ansetzt, wo man einen Mangel an Ressourcen, also ein Gesundheitsrisiko, vermutet (Hafen 2004). Gesundheit in den Dimensionen zu fördern, in denen es gemäß der bekannten Definition der Weltgesundheitsorganisation um „mehr als die Abwesenheit von Krankheit“ geht, setzt ein konkret fassbares und allgemein akzeptiertes Bild positiver Gesundheit voraus, das es so nicht gibt.

Dessen ungeachtet macht die Unterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung auf einen wichtigen Punkt bei der „Herstellung“ von Gesundheit aufmerksam: In

SALUTOGENESE

Der Begriff der Salutogenese geht auf den Stressforscher Aaron Antonovsky zurück. Er hat beobachtet, dass Menschen auch unter hohen Belastungen eher gesund bleiben, wenn sie ihre Situation in einen größeren Zusammenhang einordnen können, einen Sinn in ihrem Tun sehen und Einfluss auf ihre Situation nehmen können (Antonovsky 1997). Das Salutogenese-Konzept ist inzwischen auch empirisch überprüft worden. Es ist anschlussfähig an ähnliche theoretische Ansätze wie zum Beispiel das Konzept gesundheitsförderlicher Handlungsspielräume oder Theorien der Selbstwirksamkeit oder der Resilienz.

der Gesundheitsförderung hat man stets Wert darauf gelegt, Ziele und Maßnahmen gemeinsam mit den Menschen zu entwickeln, um die es jeweils geht. Gesundheitsförderung ist ein Ansatz, bei dem es ganz wesentlich darum geht, die eigene Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen. „Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung, ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken, ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung.“ So hatte es die Ottawa-Charta seinerzeit formuliert und damit den „Empowerment“-Gedanken in die Präventionsdebatte eingeführt, in bewusster Abgrenzung von herkömmlichen, paternalistischen, nur von Experten vorgezeichneten Präventionsansätzen. Im Folgenden wird hier von Prävention in einem Sinne gesprochen, der die Gesundheitsförderung einschließt.

Aus der medizinischen Tradition kommt die Einteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Primärprävention umfasst Maßnahmen vor Krankheitseintritt, zum Beispiel die Reduktion des Tabakkonsums, die Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung von Krankheiten, zum Beispiel durch Screening-Untersuchungen, in der Tertiärprävention geht es um Maßnahmen gegen das Wiederauftreten oder die Verschlimmerung bereits manifester Erkrankungen.

Eine – wie der kurze historische Rückblick gezeigt hat – wichtige Sichtweise vermittelt das Begriffspaar Verhältnisprävention/Verhaltensprävention. Bei der Verhältnisprävention steht die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen im Mittelpunkt, die Verhaltensprävention umfasst Angebote zur Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens (Tabelle 1). Die Begriffe sind nicht trenn-

scharf, zum Beispiel können in einer Rückenschule im Betrieb auch ergonomische Probleme am Arbeitsplatz thematisiert werden, oder eine Laufsportgruppe kann sich für mehr Bewegungsflächen im Wohnumfeld einsetzen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, den die Gesundheitswissenschaften in den letzten 30 Jahren herausgearbeitet haben, ist die Bedeutung von Settings oder Lebenswelten. Auch wenn es oft naheliegend ist, an einzelnen gesundheitlichen Risikofaktoren, zum Beispiel dem Bluthochdruck oder der Adipositas anzusetzen, so hängt die Nachhaltigkeit von Präventionserfolgen doch vielfach von umfassenderen Veränderungen des Verhaltens und der Verhältnisse ab. Es wird leichter, sich mehr zu bewegen, wenn das Wohnumfeld be-

wegungsfreundlich gestaltet ist – das erreicht man nur in gemeinschaftlichen Aktivitäten auf der Gemeindeebene. Es wird leichter, dem Stress bei der Arbeit etwas entgegenzusetzen, wenn die Arbeit gut organisiert ist und kollegiale Hilfen verfügbar sind – das erreicht man nur mit allen Beteiligten im Betrieb zusammen. Es wird für Kinder leichter, sich gesunde Ernährungsgewohnheiten anzueignen, wenn in der Kita oder in der Schule nicht Süßigkeiten in der Pause und Fast Food zu Mittag dagegenstehen. Settings wie die Gemeinde, der Betrieb oder die Schule prägen unser Gesundheitsverhalten. Man muss sie mitverändern, wenn sich das Gesundheitsverhalten dauerhaft verändern soll – und das alles geht am besten gemeinsam mit den jeweils betroffenen Menschen. Zudem lässt sich über die Settings der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen besser entgegenwirken. Wenn man alle erreicht, erreicht man auch die sozial Benachteiligten, die über fast alle Krankheitsbilder und alle Lebensphasen hinweg ein höheres Gesundheitsrisiko tragen. Zwischen dem reichsten und dem ärmsten Einkommensviertel liegen derzeit in Deutschland etwa zehn Jahre Unterschied in der Lebenserwartung (*Lampert und Kroll 2010*).

Perspektivisch öffnet sich an solchen Stellen die Prävention zu einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die in den verschiedenen Politikfeldern auf soziale und gesundheitliche Chancengleichheit achtet. Die Bildungspolitik ist dabei von besonderer Bedeutung, weil Bildung mehr denn je die persönlichen Lebensumstände beeinflusst. Soziale Benachteiligung, die hier nicht reduziert beziehungsweise die hier vielleicht sogar erst erzeugt wird, hat gesundheitliche Folgen, die durch Präventionsmaßnahmen im engeren Sinne kaum mehr auszugleichen sind.

Der Nutzen der Prävention ist inzwischen für viele Risikofaktoren, Krankheitsbilder und Interventionsformen belegt (siehe ausführlich zum Beispiel *Hurrelmann et al. 2010*). Nicht nur in der Vergangenheit, auch heute noch trägt die Prävention mehr zum Gewinn an Lebenserwartung bei als die kurative Medizin, wie vor kurzem eine Studie der OECD gezeigt hat. Sie schreibt etwa drei Fünftel des Gewinns an Lebenserwartung in den letzten 20 Jahren der Prävention im weiteren Sinne zu, positive Effekte der wirtschaftlichen Entwicklung eingeschlossen (*Joumard et al. 2008*). Dabei bestätigen zusammenfassende Evaluationsstudien (z.B. *Lüngen et al. 2009*) immer wieder, dass die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, die nur das individuelle Verhalten beeinflussen wollen, oft nicht oder nicht gut belegt ist. Dies erklärt sich daraus, dass das Verhalten der Menschen immer auch ihre Lebensumstände reflektiert und im Rahmen von Präventionsmaßnahmen nicht einfach davon abgelöst werden kann. Allerdings stellen sich bei komplexen Interventionen in der Prävention besondere Evaluationshürden (*RKI/LGL 2012*). In gewisser Weise besteht die paradoxe Situation, dass die Evaluation von Präventionsmaßnahmen umso besser ge-

TABELLE 1

Beispiele für Verhältnis- und Verhaltensprävention

Verhältnisprävention

- Bildungsgerechtigkeit
- Beschäftigungssicherheit
- Krankenhaushygiene
- Wohnumfeldverbesserung
- Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung
- Verkehrssicherheit
- Lebensmittelüberwachung
- Arzneimittelsicherheit
- Produktsicherheit
- Brandschutz

Verhaltensprävention

- Rückenschule
- Entspannungskurs
- Ernährungsberatung
- Suchtberatung
- Gesundheitscoaching
- Sexualaufklärung
- Laufsportgruppe
- Impfaufklärung
- Fahrsicherheitstraining

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

lingt, je wirkungsloser sie sind. Dennoch haben auch komplexere Interventionen nicht nur Augenscheinplausibilität auf ihrer Seite. Exemplarisch sei hier nur auf die Evidenz zur Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung hingewiesen. Eine Autorengruppe des BKK-Bundesverbands geht davon aus, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten damit um ein Viertel gesenkt werden können und ein Return on Investment von 1:2 bis 1:6 zu erreichen ist (Bödeker et al. 2009).

Eine gute Prävention, die dem Stand der Gesundheitswissenschaften entspricht, sollte somit Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammenbringen, in Settings intervenieren und diese gemeinsam mit den Menschen verändern, die dort leben oder arbeiten.

3 Präventionsrealitäten in Deutschland

Prävention und Gesundheitsförderung gewannen in der akademischen Forschung und Ausbildung in Deutschland jenseits sektoral verselbstständigter Handlungsfelder wie etwa des Arbeitsschutzes im Grunde erst mit dem Aufbau der Public-Health-Forschungsverbände in den 1990er Jahren wieder an Bedeutung. Inzwischen ist hier ein breites wissenschaftliches Forschungsfeld entstanden, mit vielen forschenden Einrichtungen und vielen Studiengängen, regelmäßigen Fachtagungen und einer Reihe von einschlägigen Fachzeitschriften. Die darüber im Laufe der Jahre geschaffene gesundheitswissenschaftliche Erkenntnislage hat dazu geführt, dass heute auch politisch weitgehend Konsens darüber besteht, wie wichtig Prävention und Gesundheitsförderung für die

TABELLE 2

Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen im Zeitverlauf

Jahr	Gesundheitsausgaben (in Mio. €)	davon für Prävention/ Gesundheitsschutz (in Mio. €)	Anteil der Prävention an den Gesundheitsausgaben (in %)
1992	158.656	6.077	3,8
1993	163.104	6.524	4,0
1994	174.976	6.811	3,9
1995	186.951	7.399	4,0
1996	195.379	7.422	3,8
1997	196.363	6.820	3,5
1998	201.733	6.771	3,4
1999	207.261	7.146	3,4
2000	212.841	7.444	3,5
2001	220.788	7.814	3,5
2002	228.664	8.181	3,6
2003	234.488	8.642	3,7
2004	234.256	8.739	3,7
2005	240.434	8.883	3,7
2006	246.139	9.210	3,7
2007	254.436	10.108	4,0
2008	264.800	10.642	4,0
2009	279.041	10.987	3,9
2010	288.299	10.977	3,8
2011	293.801	11.082	3,8

Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen: IGL; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Gesundheit der Bevölkerung sind und wie die Grundarchitektur einer Präventionsstrategie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe auszusehen hätte. Dies zeigt die eingangs zitierte Begründung aus dem Entwurf des Präventionsförderungsgesetzes ebenso wie zum Beispiel die stets einstimmigen Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. So hat die 84. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2011 die Bundesregierung aufgefordert, „gemeinsam mit den Ländern Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig in allen Politikfeldern und Lebensbereichen fest zu verankern“. Die 81. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2008 wies auf die Notwendigkeit hin, „gemeinsam mit der Bundesregierung an der Entwicklung einer vorrangig vom Gedanken der Prävention geprägten gesundheitspolitischen Gesamtstrategie für die Bundesrepublik Deutschland zu arbeiten, die sich über alle Politikfelder erstreckt, Prioritäten und Ziele benennt“. Die 77. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2004 sprach davon, Prävention und Gesundheitsförderung „als eigenständige und mit Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichrangige Säule im Gesundheitswesen zu etablieren“, und die 76. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2003 forderte ganz ähnlich „einen Paradigmenwechsel, durch den der Prävention und Gesundheitsförderung ein zumindest gleichrangiger Stellenwert neben der Kuration und der Rehabilitation zugebilligt wird“.

In der Finanzmarktterminologie würde man sagen, Prävention und Gesundheitsförderung sind systemrelevant. Die

se Programmatik spiegelt sich in der Realität jedoch nicht wider. Der Anteil, den Prävention und Gesundheitsförderung an den Ausgaben im Gesundheitswesen haben, hat sich über alle Präventionsdebatten in den letzten 20 Jahren nicht verändert, er liegt nach wie vor bei rund vier Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (Tabelle 2). Diese Zahl bezieht sich nicht nur auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, eingeschlossen sind auch die Präventionsausgaben der anderen Sozialversicherungszweige, des Staates und des privaten Sektors (Tabelle 3).

Dabei darf man zwar nicht übersehen, dass, wie dargestellt, nachhaltige präventive Effekte vielfach nicht im Gesundheitswesen, sondern in anderen Politikfeldern realisiert werden, zum Beispiel im Bildungswesen, in der Verkehrspolitik oder in der Stadtentwicklung. Des Weiteren werden in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht alle für die Prävention relevanten Ausgaben der Prävention zugerechnet. Aber das Gesamtbild lässt doch die Schlussfolgerung zu, dass der so oft eingeforderte Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen nach wie vor Programmatik und nicht Wirklichkeit ist.

Betrachtet man die Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung als Leistungsbereich des Gesundheitswesens und gesundheitsnaher Sektoren näher, so macht sich ein weiteres Defizit bemerkbar: Es gibt dazu keine guten Daten. In welchem Umfang etwa Wohlfahrtsverbände,

TABELLE 3

Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland nach Ausgabenträgern

	Jahr 2011		Jahr 1995	
	in Mio. Euro	in Prozent	in Mio. Euro	in Prozent
Ausgabenträger insgesamt	11.082	100,0	7.399	100,0
Öffentliche Haushalte	2.336	21,1	1.876	25,4
Gesetzliche Krankenversicherung	4.782	43,2	2.857	38,6
Soziale Pflegeversicherung	320	2,9	223	3,0
Gesetzliche Rentenversicherung	188	1,7	208	2,8
Gesetzliche Unfallversicherung	1.079	9,7	739	10,0
Private Krankenversicherung	165	1,5	78	1,1
Arbeitgeber	875	7,9	994	13,4
Private Haushalte/Organisationen	1.336	12,1	424	5,7

Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen: IGL, Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Volkshochschulen oder Sportvereine Präventionsangebote machen, ist weitgehend unbekannt, zumindest sofern sie nicht über die Krankenkassen refinanziert werden (siehe dazu unten).

Nach einer großen bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung des Robert-Koch-Instituts (RKI) nahmen 2008/2009 etwa 16 Prozent der Erwachsenen in Deutschland an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teil (*Jordan und v.d. Lippe 2012*). Dabei werden Angebote zur Bewegungsförderung am stärksten nachgefragt (Tabelle 4).

Kritisch zu sehen ist dabei, dass die in Evaluationsstudien immer wieder monierten strukturellen Ungleichheiten in der Inanspruchnahme solcher Angebote nach wie vor bestehen (*Jordan und v.d. Lippe 2012, 2 ff.*): Frauen nehmen mit rund 20 Prozent wesentlicher häufiger teil als Männer mit rund 11 Prozent – wobei bei den Bewegungsangeboten zu beachten ist, dass Männer häufiger anderweitig körperlich beziehungsweise sportlich aktiv sind, wie die RKI-Studie ebenfalls zeigt. Junge Erwachsene nehmen seltener teil als Erwachsene im mittleren Alter (Frauen) oder Ältere (Männer). Und besonders prekär: Die unteren Sozialstatusgruppen nehmen seltener teil, obwohl sie im Durchschnitt die höheren Gesundheitsrisiken tragen. Die bereits seit langem bekannte „Mittelschichtorientierung“ verhaltenspräventiver Angebote besteht weiterhin. Diese Daten belegen einmal mehr die Notwendigkeit einer handlungsorientierten Präventionsberichterstattung, damit auf der Basis eines Monitorings der Versorgungssituation zielgerecht geplant werden kann und Präventionsangebote nicht noch die bestehenden strukturellen Ungleichheiten verschärfen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach Paragraph 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V werden bereits seit einigen Jahren regelmäßig in Präventionsberichten dokumentiert. Dem GKV-Präventionsbericht 2012 ist zu entnehmen, dass die Krankenkassen für diese Leistungen im Jahr 2011 270 Millionen Euro ausgegeben haben (*MDS 2012*). Der GKV-Präventionsbericht erfasst jedoch nur die Präventionsleistungen, die 1988 mit dem damaligen Gesundheitsreformgesetz neu in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen gekommen sind. Die Gesamtausgaben der Krankenkassen für die Prävention lagen, wenn man zum Beispiel Schutzimpfungen, die Zahnprophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen und andere medizinische Präventionsleistungen hinzunimmt, im Jahr 2011 bei rund 4,8 Milliarden Euro (siehe Tabelle 3). Die Präventionsausgaben der privaten Krankenversicherung haben im Vergleich dazu einen recht bescheidenen Umfang – von verbuchungstechnischen Unterschieden einmal abgesehen ein Hinweis darauf, dass sich die Sachlogik hier nicht von allein durchsetzt, sondern gesetzliche Rahmenbedingungen nötig sind.

TABELLE 4

Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen

	Ernährung	Bewegung	Entspannung
Gesamt	5,0%	12,5%	4,5%
Frauen	5,8%	16,1%	6,0%
Männer	4,1%	8,6%	2,9%

Quelle: RKI, GEDA 2009; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Mit den Leistungen gemäß Paragraph 20 SGB V haben die Krankenkassen im Jahr 2011 ausweislich ihres Präventionsberichts 4,9 Millionen Menschen erreicht. 23 Millionen Euro wurden in Settings wie Kitas und Schulen ausgegeben, 42 Millionen Euro in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Der größte Anteil der Ausgaben für Leistungen gemäß Paragraph 20 SGB V entfällt demnach auf individuelle Präventionsangebote, meist Gesundheitskurse. Bewegungskurse (73 Prozent der Kursangebote) und Stresspräventions- beziehungsweise Entspannungskurse (20 Prozent) stehen dabei im Vordergrund (*MDS 2012*). Bei den individuellen Angeboten der Krankenkassen finden sich die oben angesprochenen strukturellen Ungleichheiten der Inanspruchnahme wieder. Unter den Teilnehmern sind 79 Prozent Frauen. Auch eine Tendenz zur stärkeren Teilnahme Älterer zeigt sich. Von einer stärkeren Inanspruchnahme durch die Mittelschicht ist ebenfalls auszugehen, dazu liegen jedoch keine Daten vor. Settingansätze wirken solchen Selbstselektionseffekten entgegen. In Kitas und Schulen werden naturgemäß Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts und aus allen sozialen Schichten erreicht. Etwa ein Viertel der Settingangebote der Krankenkassen fand laut Präventionsbericht zudem in sozialen Brennpunkten statt. In der betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich auch Männer, die gemeinhin als „Präventionsmuffel“ bezeichnet werden, gut erreichen: Dem Präventionsbericht zufolge waren 61 Prozent derer, die von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht wurden, Männer. Allerdings kommen in der betrieblichen Gesundheitsförderung betriebswirtschaftlich motivierte Selektionsmechanismen zum Tragen. So richtet sich ein auffällig hoher Anteil der Angebote an die obere und mittlere Führungsebene, was einerseits unter dem Aspekt, Führungskräfte für die Prävention zu gewinnen, positiv zu sehen ist, andererseits auf eine sozial selektive Ausrichtung der Angebote hindeutet, zumal ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund eher unterrepräsentiert scheinen. Vertiefende Analysen dazu wären wünschenswert.

4 Transferprobleme der Prävention

Die Prävention in Deutschland ist durch eine massive Umsetzungslücke gekennzeichnet. Die historische Erfahrung zeigt, dass die Prävention ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung hat. Die Gesundheitswissenschaften haben in den letzten 30 Jahren viel Know-how zusammengetragen, wie man in der Prävention vorgehen sollte, um dieses Potenzial so weit wie möglich auszuschöpfen. Viele Modellprojekte haben gezeigt, wie gesundheitswissenschaftliches Wissen in die Praxis umzusetzen ist beziehungsweise welche wissenschaftlichen Schlussfolgerungen sich wiederum aus den Praxiserfahrungen ziehen lassen. Es gibt zu vielen Themen der Prävention Netzwerke, in denen Erfahrungen ausgetauscht und Kompetenzen kumuliert werden. Und auch in der Politik ist die Botschaft vom notwendigen Ausbau der Prävention angekommen. Trotzdem bleibt der immer wieder angemahnte präventionspolitische Aufbruch aus. 2005 und 2008 sind Entwürfe für ein Präventionsgesetz gescheitert. Im Frühjahr 2013 hat die Bundesregierung wieder einen Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt, noch kleiner dimensioniert als die beiden Vorläufer, noch stärker auf die Krankenkassen konzentriert. Wie damit die weitreichenden Ziele, die in der Gesetzesbegründung formuliert wurden, realisiert werden sollen, bleibt ein Rätsel. Seitens der Fachgesellschaften hat dieser Entwurf viel Kritik erfahren (siehe z. B. *Prävention 2013*), weil er programmatisch zu sehr auf eine individualistisch verstandene „Eigenverantwortung“ setzt, Prävention nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe konzipiert und stark zentralistische Züge hat. Regionale Belange spielen in dem Entwurf praktisch keine Rolle. Demgegenüber hatte die 84. Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Jahr 2011 noch einmal betont, „dass der Erfolg von Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblich davon abhängig ist, in welchem Umfang auf den Ebenen Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger abgestimmt (...) gehandelt wird.“

Der Entwurf überging somit zunächst in wichtigen Eckpunkten den oben kurz skizzierten gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand. Um das Scheitern des Entwurfs im Bundesrat zu vermeiden, wurden im Juni 2013 durch Änderungsanträge der Regierungsfaktionen die sozialkompensatorische Zielsetzung der Prävention, die Lebensweltorientierung und die Orientierung am regionalen Bedarf gestärkt. Positiv zu werten waren bereits vorher die Einrichtung einer „Ständigen Präventionskonferenz“ beim Bundesgesundheitsministerium und die Erstellung eines regelmäßigen Präventionsberichts – beides wichtige Steuerungsinstrumente einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Prävention. Gleiches gilt an sich für die Ausrichtung der Prävention an Gesundheitszielen, allerdings ist die vorgesehene Bindung an die im Nationalen Gesundheitsziele-Prozess (www.gesundheitsziele.de) konkretisierten Gesund-

heitsziele bürokratisch einengend und inhaltlich auch nicht zweckmäßig, denn diese Ziele sind unter anderen als präventionssteuernden Gesichtspunkten verabschiedet worden. Auch andere Punkte des Gesetzentwurfs sind kritisch zu sehen, so dürfte zum Beispiel die Stärkung der Rolle der Ärzte in der Prävention in der Praxis zumindest nicht zeitnah umsetzbar sein, weil für eine qualifizierte ärztliche Präventionsberatung erst einmal Transparenz über das vorhandene Angebot hergestellt werden müsste. Das soll im Detail hier nicht weiter diskutiert werden. Derzeit ist offen, ob der Gesetzentwurf bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode noch in Kraft treten kann oder der sogenannten „Diskontinuität“ verfällt, das heißt, der parlamentarische Prozess nach der Bundestagswahl 2013 neu beginnen müsste. Vom Finanzvolumen her wird das Gesetz, sollte es in Kraft treten, ohnehin eher symbolische Wirkung haben. Der notwendige präventionspolitische Aufbruch ist das noch nicht.

Die Situation erinnert an die tragische Geschichte des griechischen Helden Sisyphos. Sisyphos war ein Held der Prävention. Er hat Thanatos, den Gott des Todes, in Fesseln gelegt, sodass niemand mehr sterben musste. Diese präventive Utopie ist natürlich nicht von dieser Welt und sie war auch in der griechischen Mythologie nicht von Dauer. Thanatos wurde befreit, Sisyphos konnte ihn zwar noch einmal überlisten und ins Leben zurückkehren, aber bekanntlich wurde er von den Göttern dazu verdammt, für immer einen Stein einen Berg hinaufzuschieben, der, oben angekommen, wieder hinunterrollt, sodass er immer wieder von Neuem beginnen muss. In der Darstellung des französischen Philosophen Camus wird Sisyphos zum Helden des Umgangs mit der Absurdität des Lebens: Er nimmt sein Schicksal als Aufgabe an. „Wir müssen uns Sisyphos als glücklichen Menschen vorstellen“, heißt es bei Camus. Es scheint, als müsse man daraus auch Lehren für die Prävention ziehen.

Literatur

Antonovsky A (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Herausgegeben von A. Franke. Tübingen: DGVT

Bergdolt K (1999): Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens. München: C.H. Beck

Bödeker W, Kramer I, Sockoll I (2009): Rentable Investition oder soziale Norm? Zur Wirtschaftlichkeit betrieblichen Gesundheitsmanagements. Arbeit, Jg. 18, Heft 4, 340–352

Flügel A (2012): Public Health und Geschichte. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa

Hafen M (2004): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung. Prävention, Jg. 27, Heft 1, 8–11

Hurrelmann K, Klotz Th, Haisch J (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Bern: Hans Huber

Jordan S, v. d. Lippe E (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? Robert-Koch-Institut. GBE kompakt 5/2012

Joumard I, Andre C, Nicq C, Chatal O (2008): Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. OECD Economics Department Working Papers, No. 627, OECD Publishing.

<http://dx.doi.org/10.1787/240858500130>

Mc Keown T (1982): Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis. Frankfurt: Suhrkamp

Lüngen M et al. (2009): Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz. Medizinische Klinik, Jg. 104, 101–107

Lampert T, Kroll LE (2010): Armut und Gesundheit. Robert-Koch-Institut. GBE kompakt 5/2010.

MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V., GKV-Spitzenverband) (Hrsg.) (2012): Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. Essen, Berlin: MDS/GKV

RKI/LGL (Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) (Hrsg.) (2012): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: RKI

Prävention (2013): Der lange Weg zu einem Präventionsgesetz. Kommentar der Redaktion der Zeitschrift Prävention. Prävention, Jg. 36, Heft 1, 26

Walter U, Robra BP, Schwartz FW (2012): Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al. (Hrsg.). Public Health. München: Urban & Fischer, 196–223

DER AUTOR



Dr. P.H. Joseph Kuhn, Dipl.-Psych., Jahrgang 1958, Studium der Psychologie an der Freien Universität Berlin. Promotion in Public Health an der Universität Bremen. Von 1993 bis 1996 als Projektleiter beim Institut für Gesundheitsförderung in Berlin mit dem Schwerpunkt betriebliche Gesundheitsförderung, anschließend als Leiter

des Dezernats Gesundheits- und Sozialberichterstattung beim Landesgesundheitsamt Brandenburg. Seit 2003 Sachbereichsleiter Gesundheitsberichterstattung/Sozialmedizin/Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit dem Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsberichterstattung.

Medienberichte über Gesundheitsschäden lösen bei manchen Menschen Beschwerden aus

von Christiane Roick*

Massenmedien berichten trotz fehlender wissenschaftlicher Belege häufig über gesundheitliche Beschwerden, die vermeintlich durch bestimmte Umweltbedingungen ausgelöst werden. Eine experimentelle Studie zeigt nun, wie solche Medienberichte die Wahrscheinlichkeit des Erlebens gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhöhen und dazu beitragen, dass sich Menschen als betroffen einstufen.

1 Was ist das Problem?

Die Medien berichten seit Jahren über vermeintliche Gesundheitsschäden durch schwache elektromagnetische Felder (SEF). Menschen, die sich dadurch beeinträchtigt fühlen und sich als elektrosensibel bezeichnen, klagen häufig über Kopfschmerzen, Schwindel sowie ein Brennen oder Kribbeln auf der Haut. Diese Symptome schreiben sie den von Handys, WLAN-Netzen oder Stromleitungen ausgehenden SEF zu. Obwohl zahlreiche Studien zeigen, dass die berichteten Symptome auch durch eine Scheinexposition mit SEF auslösbar sind, gibt es immer wieder Berichte über vermeintliche Gesundheitsschäden durch SEF. Psychologen der Universität Mainz und des King's College London haben deshalb getestet, ob Medienberichte die Entwicklung von Elektrosensibilität fördern.

2 Wie wurde untersucht?

147 Probanden wurden zufällig einer Interventions- (IG) und einer Kontrollgruppe (KG) zugeteilt. Der IG wurde ein Original-Fernsehbericht über angebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen durch WLAN gezeigt. Die KG sah einen Film gleicher Länge, der sich nicht mit gesundheitlichen, sondern mit Fragen sicherer Datenübertragung befasste. Anschließend

wurde allen Teilnehmern gesagt, dass sie nun für 15 Minuten einem WLAN-Signal ausgesetzt würden, tatsächlich erfolgte jedoch keinerlei SEF-Exposition. Danach wurden die Probanden zu den von ihnen wahrgenommenen Symptomen befragt.

3 Was ist rausgekommen?

54 Prozent der Teilnehmer berichteten Symptome, die sie der Scheinexposition zuschrieben. Von diesen Probanden stufen sich die IG-Teilnehmer signifikant häufiger als elektrosensibel ein. Zudem hatte die IG deutlich mehr Sorgen wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch SEF. In der Subgruppe der Probanden, die bereits vor Untersuchungsbeginn eher ängstlich waren, berichteten die IG-Teilnehmer überdies signifikant mehr Symptome nach der Scheinexposition und schrieben diese Symptome auch deutlich häufiger der vermeintlichen WLAN-Exposition zu.

4 Wie gut ist die Studie?

Es ist bekannt, dass bereits der Glaube an bestimmte gesundheitliche Effekte von Medikamenten oder Umwelteinflüssen dazu führen kann, dass diese tatsächlich erlebt werden. Der Placebo-Effekt beschreibt,

wie eine positive Erwartung zur Heilung beiträgt; der Nocebo-Effekt verdeutlicht, dass negative Erwartungen krank machen können. Neu an dieser Studie ist, dass mit einem methodisch soliden Ansatz gezeigt wird, dass nicht nur Beipackzettel Nocebo-Effekte auslösen können, sondern auch Medienberichte über vermeintliche Gesundheitsrisiken. Journalisten sollten sich diese potenziell negativen Effekte ihrer Berichterstattung bewusst machen und entsprechend verantwortungsvoll, differenziert und evidenzbasiert berichten. Dies gilt nicht nur für die Darstellung vermeintlicher Umweltrisiken, sondern auch für Berichte über neue Erkrankungen. Es gibt zahlreiche Beispiele für das sogenannte Disease-Mongering, die Etablierung umstrittener neuer Krankheitsbilder auf Betreiben der Pharmaindustrie, die sich damit ihre eigenen Absatzmärkte schafft. Die vorliegende Studie deutet darauf hin, dass die Medien auch in diesem Prozess eine entscheidende Rolle spielen können.

Quelle: Witthöft M, Rubin GJ: Are media warnings about the adverse health effects of modern life self-fulfilling? *J Psychosom Res* 2013;74:206-212

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Neben assoziativen Lernprozessen sind die Erwartungen von Menschen bezüglich der Wirkung einer Behandlung oder des Eintretens eines Ereignisses einer der Hauptmechanismen, über die Placebo- beziehungsweise Nocebo-Antworten ausgelöst werden. Diese Nocebo-Effekte werden nicht nur durch Informationen in Beipackzetteln oder durch den Behandler induziert, sondern können auch durch die Berichterstattung in den Medien ausgelöst werden, wie dieses Experiment ebenso eindrücklich zeigt wie auch eine kürzlich publizierte Studie zu den vermeintlich gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Windturbinen. Bei dieser Art der Berichterstattung kommt den Medien daher eine besondere Verantwortung zu.

Prof. Dr.

Manfred Schedlowski,
Direktor des Instituts für
Medizinische Psychologie und
Verhaltensimmunbiologie am
Universitätsklinikum Essen



KÖPFE

Prof. Dr. rer. nat. Dietmar Reinert (54) leitet seit Mai das Institut für Arbeitsschutz (IFA) der Unfallversicherung in Dresden. Der Nachfolger von **Prof. Dr. rer. nat. Helmut Blome**, der in den Ruhestand ging, studierte 1978 bis 1987 Katholische Theologie und Physik in Bonn. Seit 1988 ist er am IFA, seit 2008 stellvertretender Leiter. Seit 2003 hat er eine Honorarprofessur an der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg. Stellvertretender IFA-Leiter wurde **Dr. rer. nat. Rolf Ellegast** (44), der wie Reinert in Bonn Physik studierte und seit 1998 am IFA ist.

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Andreas Barner (60), Chef des Pharmakonzerns Boehringer Ingelheim, ist als Nachfolger des Industriellen **Dr. rer. pol. Arend Oetker** zum Präsidenten des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft gewählt worden. Barner studierte in Freiburg Medizin und in Zürich Mathematik. Nach einem Jahr als Arzt im Praktikum wech-

selte er in die Pharmaindustrie. 2007 wurde er vom Bundespräsidenten in den Wissenschaftsrat berufen, seit 2008 ist er Mitglied im Präsidium des Deutschen Evangelischen Kirchentages. Den Professorentitel erhielt er vom österreichischen Bundespräsidenten für besondere Verdienste für die Alpenrepublik.

Prof. Dr. rer. medic. Martina Hasseler (44) lehrt jetzt Pflegewissenschaft an der Ostfalia-Fachhochschule in Wolfsburg. Für den GKV-Spitzenverband evaluierte sie 2010 die ersten Pflege-Transparenzvereinbarungen. Die gelernte Krankenschwester studierte von 1992 Gesundheits- und Pflegewissenschaften in Osnabrück, wo sie 2001 promovierte. 2004 wurde sie Professorin an der Evangelischen Fachhochschule Berlin, seit 2006 lehrte sie an der HAW Hamburg, der Universität Bremen, der Ballarat-Universität in Australien und der Steinbeis-Hochschule in Berlin.

Dipl.-Pol. Ralf Heyder (38) ist seit 1. Juli Generalsekretär des Verbands der Universitätsklinik (VUD). Er folgt **Rüdiger Strehl** (66), der den VUD seit 2006 führte und jetzt Kaufmännischer Direktor der Uniklinik Ulm wurde. Heyder studierte Politische Ökonomie in Bamberg. Er kam 2006 von der Unternehmensberatung Roland Berger als Politikreferent zum VUD. Zuvor hatte er als Referent bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft gearbeitet.

Dr. jur. Arne von Boetticher (43), bis 2011 Politikreferent beim AOK-Bundesverband, danach Jurist beim Verband der Ersatzkassen, ist an der Fachhochschule Jena zum Professor für Sozialrecht ernannt worden. Von Boetticher studierte in Berlin an der Alice-Salomon-Fachhochschule Sozialarbeit und Sozialpädagogik und an der Humboldt-Universität Jura. Aktuell wirkt er an Gesetzeskommentaren zum SGB II (Hartz IV) und SGB XII (Sozialhilfe) mit.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
Deutscher Medizinrechtstag: „Risiko Arzt – Risiko Patient“	Zulassung und Haftung bei Medizinprodukten, Regress und Retaxation	6.–7.9.2013 Berlin	Medizinrechtsanwälte e.V., Travemünder Allee 6a, 23568 Lübeck; Stiftung Gesundheit, Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg	www.mrbn.de/deutscher-medizinrechtstag E-Mail: info@mrbn.de Telefon: 0451 38967-17
Weltkongress für klinische Sicherheit – 2nd World Congress of Clinical Safety	Patientensicherheit, Arzneimittelsicherheit, Medizingerätesicherheit, Infektionskrankheiten	12.–13.9.2013 Heidelberg	Association of Risk Management in Medicine (IARMM), Tokyo, und Universität Heidelberg, Universitätsplatz, 69117 Heidelberg	www.iarmm.org/2WCCS E-Mail: manager@iarmm.org Telefon: 0081 3-3817-6770
DEGAM-Jahreskongress: „Komplexität in der Allgemeinmedizin – Herausforderungen und Chancen“	Hausärztliche Versorgung, bio-psychoziale Modelle, Kooperation mit Gesundheitsberufen	12.–14.9.2013 München	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), Theodor-Stern-Kai 7, Haus 15, 60590 Frankfurt	www.degam2013.de E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de Telefon: 069 6500-7245
DGEpi-Jahrestagung und 1. Internationales LIFE-Symposium	Bevölkerungsbezogene Epidemiologie, Demenz, Adipositas, Depression, Health Geography	24.–27.9.2013 Leipzig	Dt. Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), 30559 Hannover; Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen (LIFE)	www.dgepi2013.de E-Mail: information@dgepi2013.de Telefon: 0341 97-16720
Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses	Neue Methoden und Instrumente zur Qualitätssicherung, Transparenz, Ergebnisberichte	14.–15.10.2013 Berlin	Gemeinsamer Bundesausschuss Wegelystraße 8 10623 Berlin	www.g-ba.de/institution/service/veranstaltungen/qs-konferenzen/ E-Mail: anmeldungen@370grad.de Telefon: 030 224980-70
Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: „Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren“	Patientenorientierung in der Versorgungsforschung, Bewertung von Medizinprodukten	23.–25.10.2013 Berlin	Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF), Eupener Straße 129 50933 Köln	www.dkvf2013.de E-Mail: dkvf@intercongress.de Telefon: 0221 478-97115

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G-Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:

Bettina Nellen (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Burkhard Rexin (KomPart); **Grafik:** Johannes Nerger

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-220, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de