

TRENDS & FACTS

Armut in Europa

Anlässlich der Eröffnungskonferenz zum Europäischen Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung am 21. Januar 2010 in Madrid hat das Statistische Amt der Europäischen Union, eurostat, Zahlen über die Armut in den Ländern der Europäischen Union veröffentlicht. Danach waren 17% der Bevölkerung in den EU-Staaten von Armut bedroht. Das Einkommen dieser Menschen liegt nach Sozialleistungen unterhalb der jährlichen nationalen Armutsgrenzungsschwelle. Diese Schwelle liegt bei 60% des nach einheitlichen EU-Vorgaben berechneten sog. Medianeneinkommens und unterscheidet sich zwischen den Mitgliedsstaaten erheblich. In Deutschland lag sie bei 10.600 Euro, in Rumänien bei 1.900 Euro.

Die Zahlen von eurostat zeigen, dass 2008 die höchste Armutgefährdungsquote Lettland mit 26% und die niedrigste die Tschechische Republik mit 9% hatte. In 20 der 27 Mitgliedsstaaten war die Armutgefährdung für Kinder und Jugendliche unter 17 Jahren stärker als die Gesamtbevölkerung von Armut bedroht. In Rumänien und Bulgarien waren sie mit einer Armutgefährdungsquote von 33 bzw. 26% besonders bedroht. Am günstigsten waren die Bedingungen in Dänemark, Slovenien und Finnland (9 bzw. 12%). Ebenfalls gefährdet als die Gesamtbevölkerung sind ältere Menschen über 65 Jahre; hier lag die durchschnittliche Gefährdungsquote bei 19%. Die höchsten Quoten hat hier Lettland und Zypern mit 51 bzw. 49% - am Besten schnitt Ungarn (4%) und Luxemburg (5%) ab.

Seit 2005 ist die Armutgefährdungsquote in der EU insgesamt relativ stabil und liegt zwischen 16% und 17%.

Mehr Infos:
www.europa.eu

Unfall- und Berufs-krankheitenbericht 2008

Die Bundesregierung hat Ende des letzten Jahres ihren Bericht über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in Deutschland im Jahr 2008 vorgelegt. Der Bericht gibt einen Überblick über die wesentlichen Arbeitsschutzkennzahlen. Für das Berichtsjahr 2008 zeigt sich, dass die Anzahl der tödlichen Arbeitsunfälle (2008: 765 vs. 2007: 812) und Wegeunfälle (478 vs. 521) weiterhin dem langjährig rückläufigen Trend folgen. Bei den meldepflichtigen Arbeits- und Wegeunfällen sind die Entwicklungen dagegen weniger eindeutig. So hat sich 2008 die seit 2005 andauernde jährliche Zunahme der absoluten Unfallzahlen bei meldepflichtigen Arbeitsunfällen fortgesetzt. Allerdings ist die Ursache dafür vor allem in dem Anstieg der Erwerbstätigenzahlen begründet. In den vergangenen Jahren sank parallel zu dieser Entwicklung die Quote für Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter auch bei steigenden absoluten Unfallzahlen. Die Quoten und ihre Entwicklung unterscheiden sich bei verschiedenen Berufsgenossenschaften erheblich. Auch bei den meldepflichtigen Wegeunfällen weist die Unfallquote in allen Zweigen der Unfallversicherung deutlich nach oben. Zuletzt hatte es 1998 einen vergleichbar hohen Anstieg der absoluten Unfallzahlen gegeben. Dem langjährigen Trend folgend, gab es bei den Berufskrankheiten auch 2008 weniger Verdachtsanzeigen (-0,8%) und Anerkennungen (-2,8%). Nach deutlich sinkenden Zahlen im Vorjahr gab es 2008 wieder mehr Verrentungen (+4,2%) und mehr Todesfälle mit Tod infolge der Berufskrankheit (+3,5%). Wie auch schon im Vorjahr ist bei der Arbeitsunfähigkeit zu beobachten, dass die Anzahl der Fälle je 100 Versicherte weiter steigt (2008: 109,7 vs. 2007: 103,3). Die durchschnittliche Falldauer hat sich hingegen auch in diesem Jahr nur leicht verändert (2008: 11,8 vs. 2007 11,7).

Der Schwerpunkt des Berichtes befasst sich mit der Situation von Frauen in der Arbeitswelt. Dabei zeigt sich u. a. die immer noch deutliche Geschlechtertrennung bei der Berufswahl: Obgleich Frauen sowohl in der schulischen wie auch in der beruflichen Ausbildung mit den Männern gleich gezogen haben, zeigen sich bezüglich der Berufswahl immer noch klassische Trennungen: Frauen wählen häufiger „typische“ Frauenberufe. Besonders große Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern zeigen sich weiterhin hinsichtlich der Arbeitszeit, dem (nicht davon unabhängigen) Verdienstunterschied und der Häufigkeit, in denen Frauen und Männer in Führungspositionen zu finden sind.

Mehr Infos:
www.bmas.de

Sozialversicherung 2009 im Defizit

Das Statistische Bundesamt (Destatis) teilt mit, dass die gesetzliche Sozialversicherung in den ersten drei Quartalen 2009 ein kassenmäßiges Finanzierungsdefizit von 16,6 Milliarden Euro aufweist. Damit lag es um 11,6 Milliarden Euro über dem des Vorjahreszeitraums. Hauptursache dafür war das hohe Defizit der Bundesagentur für Arbeit, das sich 2009 um 13,2 auf 15,8 Milliarden Euro erhöht hat. Die gesetzliche Sozialversicherung umfasst die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung, die Alterssicherung für Landwirte sowie die Bundesagentur für Arbeit.

Die Einnahmen der gesetzlichen Sozialversicherung sind in den ersten drei Quartalen 2009 um 1,5% auf 358,6 Milliarden Euro gestiegen, die Ausgaben um 4,7% auf 375,3 Milliarden Euro. In den ersten drei Quartalen erhöhten sich die Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung auf 179,0 Milliarden Euro. Dem Einnahmenzuwachs um 0,9% stand ein Zuwachs der Ausgaben um 2,2% auf 181,9 Milliarden Euro gegenüber. Daraus ergab sich ein Finanzierungsdefizit der Rentenversicherung von 2,9

Milliarden Euro. Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, die überwiegend aus Zuweisungen aus dem 2009 eingeführten Gesundheitsfonds bestehen, sind um 8,6% auf 128,3 Milliarden Euro gestiegen. Dieser Anstieg ist insbesondere auf die Festsetzung des Beitragssatzes zur GKV auf einheitlich 15,5% zurückzuführen. Dem Einnahmenzuwachs stand ein geringerer Zuwachs der Ausgaben um 6,1% auf 126,9 Milliarden Euro gegenüber. Während die gesetzliche Krankenversicherung in den ersten drei Quartalen des Jahres 2008 noch ein Finanzierungsdefizit von 1,5 Milliarden Euro aufwies, ergab sich in den ersten drei Quartalen 2009 ein Finanzierungsüberschuss von 1,4 Milliarden Euro.

Der Rückgang der Einnahmen der Bundesagentur für Arbeit auf 19,6 Milliarden Euro (- 29,2%) resultierte im Wesentlichen aus der Absenkung des Beitragssatzes zur Arbeitslosenversicherung zum 1. Januar 2009 um 0,5 Prozentpunkte auf 2,8%. Die Beitragseinnahmen sanken daraufhin in den ersten drei Quartalen im Vergleich zum Vorjahr um 15,6% auf 16,7 Milliarden Euro. Zusätzlich trug auch die zeitliche Verlagerung der Fälligkeit für die Beteiligung des Bundes an den Kosten der Arbeitsförderung zum Rückgang der Einnahmen bei. Die Ausgaben summierten sich in den ersten drei Quartalen auf 35,4 Milliarden Euro und übertrafen den Vergleichswert des Vorjahres um 16,7%. Dieser kräftige Ausgabenanstieg resultierte u. a. aus der erheblichen Steigerung der Leistungen bei konjunktureller Kurzarbeit auf 2,2 Milliarden Euro. Auch bei den Aufwendungen für das Arbeitslosengeld war eine deutliche Zunahme um 19,9% auf 13,1 Milliarden Euro zu verzeichnen. Gegenüber den ersten drei Quartalen 2008 stieg das Finanzierungsdefizit der Bundesagentur für Arbeit somit kräftig um 13,2 auf 15,8 Milliarden Euro an.

Die Einnahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhöhten sich in den drei ersten Quartalen 2009 auf 15,7 Milliarden Euro. Ein Grund für diesen Einnahmenzuwachs um 10,4% war die Erhöhung des Beitragssatzes von 1,7% auf 1,95% (für Kin-

derlose von 1,95 % auf 2,20%) zum 1. Juli 2008. Dem stand ein geringerer Zuwachs der Ausgaben um 6,0% auf 15,1 Milliarden Euro gegenüber, so dass sich ein leichter Finanzierungsüberschuss von 0,6 Milliarden Euro ergab. Im gleichen Vorjahreszeitraum hatte es ein Finanzierungsdefizit von 0,1 Milliarden Euro gegeben.

Mehr Infos:
www.destatis.de

Ergebnisse der IDA-Versorgungsstudie

Die Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA) hat im Januar 2010 die Ergebnisse ihrer Versorgungsforschungsstudie vorgestellt. Die Träger des IDA-Projektes sind die AOK Bayern, der AOK-Bundesverband sowie die forschenden Pharmaunternehmen Pfizer und Eisai. Im Mittelpunkt der von 2005 bis 2009 in Mittelfranken durchgeföhrten Studie stand die Frage, ob sich die Zeit, die Demenzkranke in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung verbringen können, durch spezielle Maßnahmen verlängern lässt. Das Projekt wurde wissenschaftlich evaluiert und getragen von den Hausärzten in Mittelfranken.

Das besondere Merkmal des IDA-Konzeptes war die qualifizierte zugehende Angehörigenberatung durch Fachkräfte, die eng mit den Hauärzten und weiteren Anbietern von Unterstützungsangeboten kooperierten und so Case- und Care-Management-Funktionen übernehmen konnten. An der Studie nahmen 390 Patienten und deren pflegende Angehörige teil. Sie ist eine der größten Interventionsstudien zur ambulanten Versorgung von Demenzpatienten. Ein zentrales Ergebnis der IDA-Studie ist, dass die zusätzlichen Beratungs- und Unterstützungsangebote keine statistisch signifikanten Auswirkungen auf die Länge des Verbleibs der Patienten in der häuslichen Umgebung sowie auf den Krankheitsverlauf hatten. Eine Ursache wird darin gesehen, dass die Unterstützungsangebote nur von einem Teil der Angehörigen angenommen worden sind. Ein weiteres wich-

tiges Ergebnis ist, dass der Hausarzt eine zentrale Rolle bei der Vermittlung von Unterstützungsangeboten für die Angehörigen hat. Die Studie hat darüber hinaus gezeigt, dass die Mehrheit der Angehörigen eine zugehende Angehörigenberatung als hilfreich empfindet. Schließlich kann IDA auch belegen, dass die Familie ein wesentlicher Garant für die kontinuierliche Unterstützung und Pflege eines Demenzpatienten ist.

Mehr Infos:
www.projekt-ida.de

Arztreport 2009 der BARMER GEK

Der von der BARMER GEK Anfang des Jahres vorgelegte erste Arztreport gibt einen umfassenden Überblick über die ambulante Versorgung in Deutschland. Grundlage für die Auswertungen des Arztreports sind Daten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten der früheren GEK Gmünder Ersatzkasse. Die GEK hat zu Jahresbeginn mit der BARMER fusioniert. Die GEK-Daten aus dem Jahr 2008 ergeben mit Hilfe von statistischen Verfahren einen repräsentativen Überblick über die ambulante Versorgung in Deutschland.

Zentrale Ergebnisse sind: Innerhalb des Jahres 2008 hatten 92,9% der Bevölkerung Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Trotz des bereits 2007 hohen Niveaus von 92,6% der sog. Behandlungsrate ist dieser Wert 2008 nochmals angestiegen. In absoluten Zahlen ergibt die Hochrechnung der GEK-Daten, dass die etwa 140 Tsd. ambulant tätigen Ärzte in Deutschland insgesamt 77 Millionen Personen im Rahmen von 614 Mio. Abrechnungsfällen behandelt haben. Im Jahr 2008 wurde je Person durchschnittlich 7,45 Behandlungsfälle („Krankenscheine“) abgerechnet, die jeweils alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt bzw. in einer Praxis innerhalb eines Quartals zusammenfassen. Hinsichtlich der in der Öffentlichkeit diskutierten hohen Zahl an Arztkontakten in Deutschland lassen sich für 2008 kei-

ne gesicherten Aussagen treffen, weil durch die 2008 neu eingeführte Versicherten- und Grundpauschalen nur noch der erste Arztkontakt in einem Quartal gezählt wird. Erneute Kontakte werden in der Regel nicht mehr erfasst. Im Jahr 2007 wurden pro Kopf der Bevölkerung durchschnittlich 17,7 Arztkontakte erfasst. Legt man die gestiegenen Behandlungsraten und Behandlungsfallzahlen zugrunde, ist auch ein Anstieg der Arztkontakte naheliegend. Die Autoren des Arztreports rechnen überschlägig mit einem Anstieg von 2 bis 3 % im Vergleich zu 2007 und damit auf etwa 18,1 Kontakte. Daraus würden sich knapp 1,5 Milliarden Arztkontakte errechnen. Damit gehen die Deutschen im internationalen Vergleich trotz aller Steuerungsversuche durch Praxisgebühr und hausarztzentrierte Versorgung noch immer am häufigsten zum Arzt.

Mehr Infos:
www.barmer.de

Präventionsbericht 2009

Der Präventionsbericht 2009 belegt für das Berichtsjahr 2008, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen ihre Präventionsaktivitäten erneut ausgeweitet haben. So stieg die Zahl der Setting-Projekte von 14.000 im Jahr 2007 auf 22.000 in 2008. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben für die Gesundheitsförderung in Settings im Zeitraum von 2006 bis 2008 um 64 % und erreichten 18,6 Mio. Euro. Eine ähnlich positive Entwicklung war im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verzeichnen. Hier investierten die Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahr mit knapp 36 Mio. Euro 11 % mehr Finanzmittel. Insgesamt gaben die Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung knapp 340 Mio. Euro aus; dies entspricht ca. 4,83 Euro je Versicherten und ist der bisher höchste Betrag. Damit wurde der gesetzlich vorgesehene Ausgabenrichtwert deutlich übertroffen.

Der von den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, dem GKV-Spitzenverband und dem

Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund herausgegebene Präventionsbericht zeigt, dass sich die Laufzeit der Projekte im Rahmen des Setting-Ansatzes und bei der betrieblichen Gesundheitsförderung nochmals verlängert hat. Inzwischen betragen die durchschnittlichen Laufzeiten 18 Monate in den Settings und 27 Monate in den Betrieben. Hier ist zu berücksichtigen, dass dabei auch noch laufende Projekte erfasst werden. Flankiert werden die Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen durch „verhältnisbezogene“ Maßnahmen, mit denen die Bedingungen und Verhältnisse im Setting gesundheitsförderlich umgestaltet werden. Diese Maßnahmen sind wichtig, weil es den Menschen dabei hilft, ihr Verhalten zu verändern. Der Bericht bewertet die Entwicklung zu längerfristigeren Aktivitäten der Krankenkassen als Beleg für eine Qualitätsverbesserung der Projekte. Hervorgehoben wird im Präventionsbericht auch, dass die Krankenkassen mit der Umsetzung der von ihnen auf freiwilliger Basis festgelegten, quantifizierten und operationalisierten Präventionsziele begonnen haben. Sie beziehen sich besonders auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen und auf die Arbeitswelt.

Mehr Infos:
<https://www.gkv-spitzenverband.de/Praevention.gkvnnet>

Demografischer Wandel in Deutschland

Das Statistische Bundesamt hat in seiner Serie „Demografischer Wandel in Deutschland“ im zweiten Heft aufgezeigt, wie sich der demografische Wandel auf die Zahl der Krankenhauspatienten und auf die Zahl der Pflegebedürftigen auswirken könnte. In dem Heft wird neben den Vorausberechnungen auch die aktuelle Situation dargestellt. Die Analysen basieren auf den Ergebnissen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der statistischen Ämter.

Mehr Infos:
www.statistikportal.de/Statistik-Portal/publ.asp

Systemvergleich im Gesundheitswesen

„Drei Systeme des Gesundheitswesens im Vergleich“ – so der Titel einer neuen Publikation, die die FDP-nahe Friedrich-Naumann-Stiftung im Februar 2010 vorgelegt hat. Die Autoren sind Professor Charles B. Blankart und Erik R. Fasten, beide Humboldt-Universität zu Berlin. Blankart und Fasten vergleichen zunächst die Gesundheitsversorgung durch das System der gesetzlichen Krankenkassen, durch einen Gesundheitsfonds und durch eine Versicherung zu risikoorientierten Prämien. Danach erörtern sie die Probleme bzw. Realisierungschancen. Das Fazit: Nur im Rahmen einer Versicherung zu risikoorientierten Prämien werde es gelingen, Verhaltensänderungen bei den Versicherten, aber auch bei den Leistungsanbietern zu bewirken und eine nachhaltige Versorgung zu gewährleisten. Dieses System sei „kein Radikalsystem“, im Gegenteil: Es sichert den Sozialausgleich im Gesundheitswesen. Dies geschieht durch einkommensunabhängige Pauschalbeiträge, die auch für die Bezieher geringer Einkommen einen bestimmten Leistungskatalog garantieren. Der soziale Ausgleich für diejenigen, die den Pauschalbeitrag nicht selbstständig finanzieren können, erfolgt über das Steuersystem.

Mehr Infos:
www.freiheit.org

Versichertenstudie zu Arzneimittel-Zuzahlung

Welchen Einfluss haben Arzneimittel-Zuzahlungen auf die Therapietreue von Patientinnen und Patienten? Antworten darauf soll die erste empirische Studie zu den Auswirkungen der Medikamentenzuzahlung in Deutschland „Medikamenten-Zuzahlungen, Adhärenz und Krankheitsverlauf“ geben. Sie wird durchgeführt vom Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG) in Zusammenarbeit mit der Sanicare Versandapotheke und läuft seit November 2009. Insgesamt

sollen rund 6.000 Patienten im Rahmen der Studie befragt werden. Erste Ergebnisse der Befragung von 1.200 Teilnehmern liegen jetzt vor. Danach haben bislang 1.200 Versicherte den Fragebogen ausgefüllt. 70 Prozent von ihnen erwarten keine Verbesserung der Einnahmetreue und damit des Therapiererfolgs durch Medikamenten-Zuzahlungen. Ferner zeigt sich in den Zwischenergebnissen, dass ärztliche Information und Beratung zentrale Instrumente sein können, um die Therapietreue zu steigern. Denn die mangelnde Therapietreue ist anderthalbmal bis doppelt so hoch, wenn Patienten von ihren Ärzten gar nicht oder nur sehr begrenzt über die verordneten Medikamente informiert wurden. Laut den Initiatoren der Studie ist es die erste deutsche empirische Studie zur Auswirkung der gesetzlich vorgeschriebenen Medikamenten-Zuzahlung auf die Therapietreue. Die wissenschaftlichen Leiter sind Dr. Bernard Braun und Dr. Gerd Marstedt vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie Dr. Dr. Jens Holst, einem Kooperationspartner des Wissenschaftszentrums Berlin.

Mehr Infos:
www.sanicare.de

DAK-Gesundheitsreport 2010

Schlafstörungen stehen im Mittelpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2010. Danach sind Schlafprobleme bei Berufstätigen weit verbreitet. Wesentliche Ursache ist Stress im Job; rund die Hälfte von 3.000 Befragten fühlt sich hiervon betroffen. Hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung sind das rund 20 Millionen Personen. Intensiver leiden rund 14 Prozent unter mittelschweren Schlafstörungen. Besonders belastet sind knapp zehn Prozent, die schwere Schlafstörungen haben: In dieser Gruppe schlafen bis zu vier Millionen Berufstätige mehr als dreimal pro Woche schlecht und quälen sich fast jeden Tag stark übermüdet durch ihren Arbeitstag.

Ab dem 45. Lebensjahr gibt es ein Drittel mehr Frauen mit Schlafstörungen als Männer. Frauen liegen öfter und länger nachts wach als Männer. Männer schlafen jedoch im Unterschied zu Frauen kürzer, oft weniger als sechs Stunden. Mit steigendem Alter nehmen Schlafprobleme für beide Geschlechter kontinuierlich zu. Die DAK-Analysen der Krankmeldungen zeigen, dass die Erkrankungshäufigkeit aufgrund von Ein- und Durchschlafstörungen zwischen 2005 und 2009 um 61 Prozent gestiegen ist. Schlafstörungen spielen dennoch bei den Krankmeldungen nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich bei zwei bis drei von 100 Beschäftigten waren die Schlafstörungen so stark, dass sie zur Krankschreibung führten.

Menschen mit Schlafproblemen gehen häufig nicht zum Arzt, sondern besorgen sich freiverkäufliche Arzneimittel. Mehr als jeder Siebte hat schon einmal ein Schlafmittel eingenommen, weniger als die Hälfte davon auf Verordnung eines Arztes. Nach Meinung der Experten wissen zu wenige, dass ein chronisch schlechter Schlaf der Gesundheit ernsthaft schaden kann. So erhöht er das Risiko für Depressionen und Angststörungen. Möglicherweise liegt hier eine der Ursachen für den starken Anstieg der psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren. Für den Gesundheitsreport hat die DAK die Krankschreibungen von 2,5 Millionen erwerbstätigen Mitgliedern mit Hilfe des IGES Instituts aus Berlin ausgewertet.

Mehr Infos:
www.dak.de

Pflegenoten: Erste Landesdurchschnittsnoten für Pflegeheime

Seit dem 1. Februar 2010 veröffentlichen die Verbände der Pflegekassen neben den Pflegenoten der einzelnen Einrichtungen in zehn Bundesländern auch die ersten Landesdurchschnittsnoten für Pflegeheime und sorgen so für noch mehr Transparenz

bei der Qualität von Pflegeleistungen. Ab sofort wird neben der Note des jeweiligen Pflegeheims auch die Durchschnittsnote aller geprüften Pflegeheime in dem jeweiligen Bundesland veröffentlicht. Voraussetzung hierfür ist, dass in dem jeweiligen Bundesland mindestens 20 Prozent der Einrichtungen geprüft sind, um einen belastbaren Durchschnitt bilden zu können. Bundesweit sind inzwischen von über 1.800 Einrichtungen die Pflegenoten im Internet von den Verbänden der Pflegekassen veröffentlicht worden. Damit wurde in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen die „20-Prozent-Hürde“ genommen.

Für Interessierte bietet diese Ergänzung den Vorteil, dass sie auf den ersten Blick erkennen können, ob eine Pflegeeinrichtung hinsichtlich der Qualität über- oder unterdurchschnittlich im Vergleich zu anderen Einrichtungen in dem jeweiligen Bundesland abschneidet. Dadurch erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen eine weitere wichtige Hilfestellung bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung. Seit Dezember 2009 veröffentlichten die Verbände der Pflegekassen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die so genannten Pflegenoten, im Internet. Damit tragen sie vor allem zu mehr Transparenz über die Qualität in der Pflege bei. Zudem wird damit ein „Wettbewerb der Qualität“ zwischen den Heimen befördert. Beides kommt Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zugute.

Mehr Infos:
www.aok-pflegenavigator.de

Modellvorhaben Unabhängige Patientenberatung

Für das Modellvorhaben „Unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung“ nach § 65 b SGB V hat die prognos AG einen Zwischenbericht

TRENDS & FACTS

über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung vorgelegt. Prognos kommt zum Ergebnis, dass das seit 2006 laufende Modellvorangeben eine positive Entwicklung genommen habe und große Schritte in Richtung einer organisatorisch ausgewogenen Gesamtcontur einer unabhängigen Patientenberatung gemacht worden sind. Die bisherigen Erfahrungen mit der unabhängigen Patientenberatung und das durch den Träger des Modells, der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) aufgebaute Know-how könnten für eine dauerhafte finanzielle Förderung genutzt werden. Dazu müsste aber, so die Autoren des Zwischenberichtes, von der Politik frühzeitig über die Zukunft des Ende 2010 auslaufenden Modells entschieden werden.

Prognos bescheinigt der UPD in ihrem Zwischenbericht, dass sie einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Patientensouveränität und zur Erreichung der mit dem § 65 b SGB V intendierten politischen Ziele leistet. Eine Erkenntnis ist auch, dass eine unabhängige Patientenberatung auch durch den finanziellen Rahmen von rund 5.113 Mio. Euro auf ein qualitätsgestütztes Breitenangebot und weniger auf zielgruppenspezifische Angebote ausgerichtet sein sollte. Die Evaluation des Modells verdeutlicht auch, dass die Unabhängigkeit eines Angebotes aus Sicht der Bürger eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine qualitativ gute Information und Beratung ist. Zur Unabhängigkeit müsse ein Angebot auf hohem Niveau hinzukommen, damit die Ratsuchenden einen Zusatznutzen hätten. Die Finanzierung des Modells durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenkassen bewertet Prognos als eine second-best-Lösung; ein Steuerfinanzierung sei die bessere Lösung. Eine weitere Empfehlung der wissenschaftlichen Begleitung ist, die unabhängige Beratung zukünftig als Seismograph zu nutzen, der auf Problemlagen und Defizite im Gesundheitssystem aufmerksam machen kann. Aufgrund der bundesweiten Präsenz und Kompetenz würde eine Weiterentwicklung in diese Richtung einen zusätzlichen Nutzen bringen.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, hat inzwischen angekündigt, kurzfristig die für eine dauerhafte finanzielle Förderung einer unabhängigen Patientenberatung gesetzlichen Änderungen auf den parlamentarischen Weg zu bringen.

Mehr Infos:
www.gkv-spitzenverband.de

„Versorgungsatlas Schmerz“

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) hat erstmals gemeinsam mit dem Unternehmen Grünenthal einen „Versorgungsatlas Schmerz“ veröffentlicht, in dem die Situation von Rückenschmerzpatienten analysiert wird. Die Studie gibt Antworten auf die Fragen, wie viel Schmerzpatienten kosten, wie hoch ist die Anzahl von Rückenschmerzpatienten und wie Schmerzpatienten in Deutschland versorgt werden. Ziel des „Versorgungsatlas Schmerz“ ist es, die Versorgungsstrukturen und Krankheitskosten transparent zu machen. Mit der Studie will die Krankenkasse ein gezieltes Versorgungsmanagement für Risikogruppen aufbauen. Wenn bestimmte Schmerzpatienten rechtzeitig identifiziert werden, können frühzeitig geeignete Therapieoptionen eingesetzt werden, mit denen ein schwerer und meistens chronischer Verlauf und die damit verbundenen höheren Kosten vermieden werden.

Ein zentrales Ergebnis ist, dass nur sehr wenige Patienten mit Rückenschmerzen eine schmerztherapeutische Behandlung im engeren Sinne erhalten. Gemeint ist damit eine multimodale Therapie beziehungsweise eine mit der Schmerzerkrankung im Zusammenhang stehende Psychotherapie oder Rehabilitation. Die Analyse ergibt, dass 80 Prozent der Versicherten mit spezifischen Rückenschmerzen im Untersuchungszeitraum mehr als eine relevante Facharztgruppe aufsucht. Die Patienten bekommen also erst nach einigen Anläufen die richtige Hilfe. Dies deutet darauf hin, dass es für Patienten mit Rü-

ckenschmerzen keine Steuerung im Gesundheitssystem gibt. Dem Atlas zufolge verursachen Rückenschmerzen ca. 20 bis 30 Prozent der mittleren direkten Behandlungskosten. Experten schätzen, dass durch eine hundertprozentige Verhinderung der Schmerzchronifizierung rund 120 Millionen Euro eingespart werden könnten.

In weiteren Datenanalysen, die in naher Zukunft geplant sind, werden auch Aspekte der Komorbidität einfließen. Darüber hinaus soll überprüft werden, inwieweit sich die genannten Hinweise auf eine Schmerzchronifizierung als belastbare Prädiktoren für Versorgungskosten bzw. Arbeitsunfähigkeitstage erweisen.

Mehr Infos:
www.presse.dak.de

DGB beruft Reform-Kommission zur Gesundheit ein

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat eine Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ einberufen. In diese Kommission wurden Vertreter von Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften, Arbeitnehmerorganisationen und zahlreiche namhafte Wissenschaftler und Einzelexperten berufen. Der DGB versteht seine Kommission als Ort und Ausgangspunkt für eine breite Debatte über die Weiterentwicklung der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mehr Infos:
www.dgb.de