

Arbeitskosten in Ostdeutschland weiterhin unter Westniveau

Das Statistische Bundesamt (Destatis) hat Ende Juli die Ergebnisse der alle vier Jahre nach europaweit einheitlichen Standards durchgeführten Arbeitskostenerhebung veröffentlicht. Danach betragen die Arbeitskosten in Deutschland im Jahr 2008 je geleistete Stunde durchschnittlich 28,09 Euro. In Ostdeutschland lagen sie mit 21,09 Euro im Vergleich zu Westdeutschland (29,25 Euro) um 27,9% niedriger.

Der geringste Abstand bestand mit 7,7% in den vom öffentlichen Dienst geprägten Bereichen Öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung. Hier wird die zunehmend erreichte Angleichung der tariflichen Bezahlung an das Westniveau sehr deutlich. Der größte Unterschied bestand hingegen mit 40,0% im verarbeitenden Gewerbe, das besonders dem Standort- und Produktwettbewerb ausgesetzt ist. 1992 betrug der Abstand in dieser Branche noch 53,4% und ging bis 1996 auf 42,7% zurück. Seither fand nur noch eine schwache Angleichung statt (2004 41,3%).

Deutschlandweit wurden die höchsten Arbeitskosten in den Branchen Gewinnung von Erdöl und Erdgas (55,28 Euro) und Luftfahrt (53,50 Euro) festgestellt. Am wenigsten kostete eine Arbeitsstunde in Wach- und Sicherheitsdiensten sowie Detekteien (13,32 Euro), der Gastronomie (13,86 Euro) und der Branche Gebäudebetreuung (Hausmeisterdienste, Gebäudereinigung); Garten- und Landschaftsbau (13,89 Euro).

Mehr Infos:
www.destatis.de

Krankenhausreport 2010 der BARMER GEK

Der im Juli 2010 veröffentlichte aktuelle *BARMER GEK Report Krankenhaus 2010* hat zum Schwerpunktthema „Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenks“. Der im Wesentlichen auf Basis von Daten der ehemaligen GEK erstellte Report weist auch für 2009 einen ungebrochenen Trend zur Verkürzung der Verweildauer und einem Anstieg der Behandlungsfälle in Krankenhäusern aus. Altersstandardisiert hielten sich Versicherte der GEK 2009 nur noch 8,5 Tage im Krankenhaus auf. Die Behandlungshäufigkeit stieg von 182 (2008) auf 186 Fälle je 1.000 Versicherte. Aus beiden Trends zusammen resultiert eine weitgehend unveränderte Gesamtverweilzeit von 1.574 Behandlungstagen je 1.000 Versicherten.

Während in den letzten 20 Jahren die Verweildauer insbesondere bei den Diagnosen von Krankheiten des Kreislaufsystems mit 42% deutlich zurückging, kam es im Gegenzug zu einer erheblichen Zunahme der Verweilzeiten bei der Diagnose psychische Störungen (53%). 2009 waren 17,1% und damit gut ein Sechstel aller Behandlungstage in Akutkrankenhäusern Folge von psychischen Störungen. Gemessen an den Behandlungstagen ist diese Diagnose bei den GEK-Versicherten die häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte.

Der Report legt hohe Behandlungszahlen für Hüft- und Kniegelenksprothesen offen. Hochrechnung auf Basis der GEK-Daten ergeben für Deutschland etwa 210.000 Erstimplantationen am Hüftgelenk sowie 175.000 am Kniegelenk. Diese Eingriffe haben jährliche Kosten von 14 bis 1,6 Mrd. Euro für Hüft-Implantationen und ca. 1,0 bis 1,3 Mrd. Euro für Knieimplantate verursacht. Hinsichtlich der sog. „patientenbezogenen Outcomes, wie z.B. Begleiterkrankungen und Komplikationen zeigt die 2009

durchgeführte Patientenbefragung im Vergleich zur Erstbefragung 2005 keine signifikanten Veränderungen. Die statistischen Analysen belegen damit, dass die substanziell verkürzte Verweildauer die Ergebnisqualität nicht negativ beeinflusst hat. Die Autoren des Reports werten dies als ein positives Signal.

Mehr Infos:
<http://www.barmer-gek.de>

Pflegeausgaben und Altersstruktur

Die Studie „Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich“ des Wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenversicherung (WIP) kommt zum Ergebnis, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Altersstruktur eines Landes und den Pflegeausgaben gibt. Die Autoren kommen bei ihren Analysen zur Schlussfolgerung, dass Deutschland im Vergleich zu den in die Vergleichsstudie einbezogenen Ländern zwar deutlich niedrigere Pflegeausgaben hat, obwohl es eine der ältesten Bevölkerungen besitzt.

In der Studie wurden die Pflegeausgaben von 13 Industrieländern mit deren Altersstruktur verglichen und die unterschiedliche Finanzierung der Pflegeversicherung vorgestellt. Viele Länder haben erst in den letzten Jahren - aufgrund der demografischen Entwicklung - eine Pflegeversicherung eingeführt. Länder wie Japan, Luxemburg oder Spanien nahmen dabei die deutsche Pflegeversicherung als Vorbild.

Die Gründe für die unterschiedlichen Pflegeausgaben werden oft von landestypischen Merkmalen beeinflusst. Dazu zählen der gesellschaftliche Stellenwert der Versorgung von Pflegebedürftigen oder auch die Bedeutung der Pflege durch die Familie. In Japan etwa besitzt die Familie einen hohen Stellenwert, dort wird von den Kindern erwartet, dass

sie ihre Eltern pflegen. Auch der Grad der Institutionalisierung und Professionalisierung sowie das Verhältnis von ambulanter und stationärer Pflege sind wichtige Faktoren für die Höhe der Pflegeausgaben. In den skandinavischen Ländern hat die Altenpflege zudem einen höheren Stellenwert als in anderen Staaten. Der Anteil der Pflegeausgaben am BIP liegt in Schweden viermal höher als in Deutschland.

Mehr Infos:
www.wip-pkv.de

Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung für 2009 veröffentlicht

Die Ergebnisse der Bundesauswertung 2009 der externen stationären Qualitätssicherung durch das AQUA-Institut sind Mitte des Jahres veröffentlicht worden. Die Berichte beinhalten die Ergebnisse zu verschiedenen Leistungsbereichen. Sie umfassen Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren, den Qualitätskennzahlen sowie zur Datengrundlage und der Basisstatistik. Die Daten wurden in den Krankenhäusern gemäß Spezifikation bundesweit einheitlich erfasst und einmal jährlich ausgewertet. Das AQUA-Institut hat seit Anfang 2010 die Auswertung der Qualitätssicherungsverfahren übernommen. Die Berichte zu den einzelnen Verfahrensthemen finden sich in den jeweiligen Leistungsbereichen im Internet.

Mehr Infos:
www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/index.html

Mythen der Gesundheitspolitik

Der aktuelle *gesundheitsmonitor* der Bertelsmann Stiftung behandelt das Thema „Mythen zur Gesundheitspoli-

tik: *Auch gebildete Bürger irren*“. Wie in vergleichbaren anderen Untersuchungen weisen die Autoren anhand verschiedener Beispiele und Umfragen nach, dass „eine große Zahl von Mythen im Bewusstsein der GKV-Versicherten angekommen“ ist.

Zu den Klassikern der gesundheitspolitischen Mythen zählen die Autoren die „Kostenexplosion“ und die zu hohen „Lohnnebenkosten“. Obwohl sich empirisch weder die Kostenexplosion noch die Lohnnebenkosten als Wettbewerbshindernis für die deutsche Wirtschaft belegen lassen, ist der Begriff „Kostenexplosion“ bei 75 Prozent der Befragten bekannt. 57 Prozent sehen als Ursache die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und 38 Prozent den medizinisch-technischen Fortschritt. Auch diese Ursachen werden von den Autoren empirisch widerlegt und in den Bereichen der Mythen verwiesen. Hinsichtlich der Nettoverwaltungsausgaben der GKV zeigen sie auf, dass sich diese seit Jahrzehnten zwischen fünf und sechs Prozent aller Leistungsausgaben bewegen und man sie deshalb keineswegs als einen gravierenden Kostentreiber bezeichnen könne. Auch sei bei einem erheblichen Teil alter und neuer Innovationen kein bzw. kein zusätzlicher Nutzen nachgewiesen; mithin der medizinisch-technische Fortschritt als Ursache für die Ausgabeentwicklung ebenfalls ein Mythos sei.

Die Studie zeigt, dass für die Übernahme von Mythen das Bildungsniveau keine große Rolle spielt. Ursache dafür sei, so die Autoren, dass gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Themen im Bildungssystem kaum behandelt werden. Hinzu komme, dass intensives Informationsverhalten nicht aufklärerisch wirken, sondern den Mythen glauben eher verstärken.

Mythen beeinflussen, so eine zentrale Schlussfolgerung, die Einstellung der Bevölkerung zu zahlreichen radikalsten gesundheitspolitischen Lö-

sungsvorschlägen. Für eine rationale und soziale Gesundheitspolitik sei es daher notwendig, sich „aktiv mit den am weitesten verbreiteten Mythen auseinanderzusetzen und Aufklärung zu betreiben“. Zu diesem Zweck wird vorgeschlagen, ein Projekt einzurichten, das laufend über dem empirischen Gehalt von Mythen informiert.

Mehr Infos:
www.gesundheitsmonitor.de

Forschung und Innovation in Europa

Mit Rekord-Investitionen in Forschung und Innovation will die EU-Kommission die europäische Wirtschaft in Schwung bringen. Forschungskommissarin Máire Geoghegan-Quinn kündigte ein Förderpaket für 2011 an, das einen Umfang von fast 6,4 Milliarden Euro haben soll. Die Initiative nimmt auch Herausforderungen wie Ernährungssicherheit sowie Gesundheit und die Alterung der Bevölkerung in den Blick.

Die Fördermittel sollen rund 16.000 Empfängern aus Forschungsorganisationen, Universitäten und der Wirtschaft zugute kommen. Eines der Kernziele des Pakets besteht darin, Forschungsarbeiten auf neue Technologien, Produkte und Dienstleistungen zu übertragen, etwa in der Gesundheitsforschung. Allein in der Gesundheitsforschung werden ca. 206 Mio. € - ein Drittel des Jahresbudgets für 2011 - für von den Forschern selbst angeregte klinische Studien ausgegeben, damit neue Medikamente schneller auf den Markt gelangen. Insgesamt sieht das Siebte EU-Forschungsrahmenprogramm für den Bereich Gesundheit Zuschüsse von mehr als 600 Mio. € vor.

Das Paket ist ein wichtiger Bestandteil der europäischen Zehnjahres-Strategie Europa 2020 und insbesondere der im Herbst 2010 beginnenden Leitinitiative „Union der Innovation“.

Mehr Infos:

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/10/966&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLanguage=en>

Studie zu Selektivverträgen in der GKV

Im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung hat das Berliner IGES Institut eine Studie über die *Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung* vorgelegt. Untersucht wird, ob Verträge zwischen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern, sog. Selektivverträge, zu „Lasten Dritter“, nämlich der Patienten, gehen könnten und welche Möglichkeiten es gibt, dies zu verhindern.

Im Ergebnis halten die IGES-Forscher Selektivverträge grundsätzlich für geeignet, das Gesundheitswesen effizienter zu steuern. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass eine gute staatliche Regulierung dem Wettbewerb Grenzen setzt. Wie diese Regulierung aussehen müsste, hat das IGES für die Bereiche Krankenhäuser und Arzneimittel untersucht.

Mehr Infos:

http://www.boeckler.de/pdf/impuls_2010_11_4-5.pdf

Neuen Sachverständigenrat Gesundheit ernannt

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler hat im Juli einen neuen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ernannt. Der Sachverständigenrat Gesundheit besteht aus sieben Mitgliedern und erarbeitet seit 25 Jahren und im Auftrag der Bundesregierung Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Der neue Sachverständigenrat wurde vom Bundesgesundheitsminister bis zum

14. Juli 2014 berufen. Ausgeschieden sind die langjährigen Mitglieder Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, Prof. Dr. Gerd Glaeske und Prof. Dr. Rolf Rosenbrock. Für sie wurden neu in den Sachverständigenrat Prof. Dr. Wolfgang Greiner und Prof. Dr. Doris Schaeffer (beide Universität Bielefeld) sowie Prof. Dr. Gregor Thüsing (Universität Bonn) berufen. Vorsitzender für weitere zwei Jahre bleibt Prof. Dr. Eberhard Wille (Universität Mannheim), zum stellvertretenden Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Matthias Schrappe gewählt. Mitglieder des Rates sind ebenfalls Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach (Universität Frankfurt) und Prof. Dr. Marion Hauptz (Medizinische Hochschule Hannover).

Mehr Infos:

www.bmg.bund.de

Gesundheitsministerkonferenz fordert neue Bedarfsplanung

Die Gesundheitsminister der Länder haben anlässlich ihrer 83. Gesundheitsministerkonferenz am 1.7.2010 in Hannover den Bundesgesetzgeber aufgefordert, „bei den Reformen im Gesundheitswesen frühzeitig in die Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen mit einbezogen zu werden. Die Bedarfsplanung müsse in Zukunft flexibel und kleinräumig werden. Die Bundesländer wollen künftig stärker auf Gesundheitsregionen setzen, in denen niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste sektorübergreifend zusammenarbeiten.“

Die Länder fordern, dass alle Verträge künftig - unabhängig von der aufsichtrechtlichen Zuständigkeit - dem Land „vorgelegt“ werden sollen. Außerdem fordern sie für sich das Recht, Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern beanstanden zu können. Gefordert wird darüber hinaus, dass die Kassen nach Kassenarten jeweils einen Bevollmächtigten

im Land mit „Abschlussbefugnis“ bestimmen müssen.

Mehr Infos:

<http://www.gmkonline.de/>

WidO-Umfrage: Versicherte gegen Änderungen an der Praxisgebühr

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) hat in seiner jüngsten repräsentativen Versichertenbefragung im Mai und Juni 2010 untersucht, ob die Praxisgebühr bei entsprechend erhöhten Krankenkassenbeiträgen wieder abgeschafft oder ob sie beibehalten werden sollte. Gut zwei Drittel der Befragten sprach sich für die Beibehaltung aus; ein gutes Viertel plädierte für eine Abschaffung bei höheren Krankenkassenbeiträgen. Änderungen der Praxisgebühr, wie sie häufig diskutiert werden, erteilen die Versicherten eine klare Absage. Nur 9 Prozent befürworten eine Praxisgebühr bei jedem Arztbesuch und lediglich knapp 6 Prozent der Versicherten spricht sich für eine prozentuale Beteiligung an den Arztkosten aus. Das WidO warnt angesichts dieser Ergebnisse davor, die Praxisgebühren auszubauen. Die festgestellte hohe Akzeptanz der bisherigen Praxisgebühr könnte sonst erheblich beeinträchtigt werden und bei den Patienten den Eindruck erzeugen, dass durch eine höhere Praxisgebühr nur abkassiert werden solle.

Mehr Infos

http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/index_04115.html

Bundesregierung zur Lage der Rentner in Deutschland

Die Bundesregierung hat die Große Anfrage der Bundestagsfraktion der Linken zum „Beschäftigungssituation Älterer, ihre wirtschaftliche und

soziale Lage und die Rente ab 67“ auf 265 Seiten umfassend beantwortet. Das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Die Regierung verteidigt in ihrer Antwort die Anhebung des Rentenalters (Regelaltersgrenze) auf 67 Jahre und bezeichnet sie als „ein verbindliches Signal an Gesellschaft und Wirtschaft, sich den veränderten Potentialen älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bewusst zu werden und entsprechend zu handeln“. Außerdem diene die Anhebung des Rentenalters auch als Instrument zur Sicherstellung der Finanzierung der Rentenversicherung. Darüber hinaus zeige sich die Stabilität des Arbeitsmarktes auch an bei der Beschäftigung Älterer. Für die Bundesregierung ist eine längere Teilhabe am Erwerbsleben sowohl für die Beschäftigten als auch für die Betriebe wichtig. Deshalb sei es eine wesentliche Aufgabe, die Beschäftigungsfähigkeit von älteren Arbeitnehmern zu erhalten und zu fördern.

Mehr Infos:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/022/1702271.pdf>

Eurobarometer zu den sozialen Auswirkungen der Krise

Die EU-Kommission hat ihr aktuelles Eurobarometer zu den subjektiv empfundenen sozialen Auswirkungen der globalen Wirtschaftskrise präsentiert (Flash Eurobarometer 289, Wave 4). Die Befragung der EU-Bürger führte zu folgenden zentralen Ergebnissen: Drei Viertel der Europäer gingen davon aus, dass Armut in ihrem Land im vergangenen Jahr zugenommen hat. Zur künftigen Entwicklung der Rentenansprüche zeigten sich 27% davon überzeugt, dass die staatlichen Rentenleistungen niedriger als erwartet ausfallen werden. 20% gehen von einer längeren als der ursprünglich geplanten Lebensarbeitszeit aus. Die gleiche Anzahl der EU-Bürger zeigte

sich sehr besorgt, dass ihr Einkommen im Alter für ein menschenwürdiges Dasein nicht ausreichen könnte. Rund ein Fünftel berichtete von einem ständigen Kampf, um ihre Haushaltsrechnungen bezahlen zu können. Für mehr als 30% der Menschen ist es schwieriger geworden, die Kosten der allgemeinen Gesundheitsversorgung für sich selbst oder ihre Angehörigen aufzubringen. 18% der befragten Beschäftigten waren wenig zuversichtlich, dass sie ihren aktuellen Job auch in einem Jahr noch haben werden.

Mehr Infos:

http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_289_sum_en.pdf

Arbeitsunfallrisiko 2009 gesunken

Das Unfallgeschehen in Deutschland ist 2009 auf einen neuen Tiefstand gefallen. Dies geht aus den im Juli 2010 vorgestellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) hervor. Die absolute Zahl der Arbeitsunfälle sank gegenüber 2008 um 8,8%. Pro Million Arbeitsstunden ergab dies ein Minus von 7%. Auch die Zahl der Schulwegeunfälle pro Tausend Schüler ging um 2,6% zurück, leicht angestiegen ist dagegen die Zahl der Wegeunfälle pro Tausend gewerblich Versicherte um 0,2% (ohne Schüler).

Eine sehr deutliche Zunahme gab es bei den Berufskrankheiten: Nicht nur stieg die Zahl der Verdachtsanzeigen um über 10% sondern bei der Anerkennung von Berufskrankheiten war ein Zuwachs von 23% zu verzeichnen. Die Entwicklung ist in erster Linie auf gesetzliche Änderungen zurückzuführen. So konnten lt. DGUV mehrere hundert Fälle von Emphysem-Bronchitis bei Bergleuten anerkannt werden, die zuvor nicht entschädigt wurden.

Der durchschnittliche Beitragssatz für die Unfallversicherung stieg um 0,5 Prozentpunkte von 1,26 auf 1,31%. Der Grund hierfür liegt vorrangig in den gesunkenen Einnahmen, die wiederum auf die geringeren Lohnsummen wegen Kurzarbeit zugeführt werden können. In geringerem Maße verantwortlich sind Mehraufwendungen für Rehabilitation und Renten.

Mehr Infos:

<http://www.dguv.de>

Mobilität und Flexibilität von Arbeitslosen

Befunde aus den ersten zwei von vier geplanten Wellen der qualitativen Panelstudie „Armutsdynamik und Arbeitsmarkt“ präsentiert ein aktueller Forschungsbericht des Nürnberger Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Mit der Studie wird die subjektive Perspektive erwerbsfähiger Hilfebedürftiger („Hartz-IV-Empfänger“) untersucht. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen ihre Erfahrungen mit dem Hilfebezug und mit der am Prinzip des „Förderns und Forderns“ ausgerichteten Praxis der Hilfsleistungen.

Die Fallbeobachtungen, so fassen die Autoren zusammen, verweisen darauf, dass ein Hauptziel der Hilfebedürftigen das Erreichen einer stabilen Beschäftigung ist. Ob die Anstrengungen erfolgreich seien oder ins Leere liefen, habe vielfältige Ursachen; alles weise jedoch darauf hin, dass eine adäquate Betreuung von großer Bedeutung sei.

Mit besonderem Blick auf „Prekariisierung“ zeigt die Studie: Prekäre Beschäftigung (wie z.B. Arbeitsgelegenheiten) besitzt in vielen Fällen einen negativen Klebeeffekt. Entgegen der arbeitsmarktpolitischen Annahmen über die Brückenfunktion prekärer Beschäftigung für einen Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt und stabile Beschäftigung, sehen sich die Betrof-

fenen oftmals in einem „Prekaritätskreislauf“ gefangen, d.h. in einem stetigen Wechsel zwischen prekärer Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Hilfebezug. Verstärkt wird diese Tendenz besonders bei älteren Beschäftigten, für die die Schwelle zum ersten Arbeitsmarkt immer höher zu werden scheint. Biografisch, so die Autoren, stelle sich dann ein „Kippunkt“ ein, ab dem deutlich resignative Tendenzen erkennbar werden. Die Autoren kommen vor diesem Hintergrund unter anderem zu dem Schluss, dass es solcher Aktivierungsangebote bedürfe, die nachhaltige, an Kriterien der Beruflichkeit ausgerichtete Qualifizierungschancen eröffnen.

Mehr Infos:

<http://doku.iab.de/forschungsbericht/2010/fb0310.pdf>

Arm trotz Arbeit – Tendenzen in der Europäischen Union

Erwerbsarbeit senkt zwar das Armutsrisiko in hohem Maße, dennoch sind in der Europäischen Union rd. 8 % der Erwerbstätigen arm bzw. von Armutsrisiko betroffen. Zu diesem Ergebnis kommt die European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) in Dublin. In einer aktuellen Untersuchung hat Eurofound auf Basis von EU-Statistiken und Länderstudien das Problem der „working poor“, also jener Personen, die zwar arbeiten, aber trotz Arbeit die Armutsrisikogrenze nicht überschreiten können, unter die Lupe genommen. Vergleichbare Daten lagen allerdings nur bis zum Jahr 2006 vor.

Der Anteil an working poor in der Erwerbsbevölkerung divergiert in hohem Maße zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten. Die Liste wird angeführt von Griechenland (14%), Polen (12%) und Spanien (11%), während Tschechien (4%) sowie Belgien, Dänemark und Malta (jeweils 4%) den

niedrigsten Anteil an working poor aufweisen; Deutschland lag bei 7%. Besonders in den nordeuropäischen Ländern sind junge Erwerbstätige im Alter von 18 bis 24 Jahren von Armut betroffen; hierzu gehört auch Deutschland. Zurückgeführt wird dies auf niedrige Einstiegsgehälter.

Seitens der Regierungen der Mitgliedstaaten wird das Thema kaum als prioritär betrachtet, sondern unter das Gesamthema „Armutsbekämpfung“ gefasst, Gewerkschaften setzen auf Mindestlöhne zur Armutsbekämpfung (die in den meisten EU-Staaten existieren), während die Arbeitgeberverbände sich eher auf Maßnahmen zur Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit konzentrieren.

Was die aktuelle Entwicklung angeht, so geht die Studie davon aus, dass die Wirtschafts- und Finanzkrise den Personenkreis der working poor besonders stark getroffen hat. Zwar lägen noch keine vergleichbaren Daten vor, aber es könne beobachtet werden, dass in vielen Ländern insbesondere gering qualifizierte und niedrig entlohnte Personen von Kurzarbeit und Gehaltseinbußen betroffen seien. Außerdem seien viele Personen dieser Gruppe arbeitslos geworden.

Mehr Infos:

<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef10251.htm>

Gutachten der Monopolkommission

Unter dem Titel „Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen“ hat die Monopolkommission der Bundesregierung im Juli ihr achtzehntes Hauptgutachten vorgelegt. Die Monopolkommission befasst sich darin u. a. ausführlich mit der Entwicklung der Unternehmenskonzentration in der Bundesrepublik, den Auswirkungen der Organisation des Arbeitsmarktes auf Produktmärkte (z.B. branchenspezifische Mindestlöhne, Allgemeinverbindlichkeit) und den wettbewerblichen Rahmenbedin-

gungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. Regulierung des Beitragssatzes, Organisation des Leistungsangebots). Darüber hinaus betrachtet die Kommission die Wasserwirtschaft, den Arzneimittelmarkt, das Telekommunikationsgesetz und den Zugang zu Daten des Statistischen Bundesamtes.

Mit Blick auf die Allgemeinverbindlichkeitserklärungen und die Festsetzung von Mindestlöhnen sieht die Monopolkommission wettbewerbliche Probleme durch die Schaffung branchenweiter Lohnkartelle. Hierdurch werde etablierten Unternehmen die Möglichkeit eröffnet, Wettbewerber, insbesondere Newcomer, mittels Steigerung der Personalkosten wettbewerblich zu behindern und aus dem Markt zu drängen. Allgemeinverbindlichkeitserklärungen, so die Kommission, könnten so eine größere Unternehmenskonzentration auf dem betroffenen Produktmarkt bedingen.

Schwerwiegende Hindernisse sieht die Kommission auch für Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Monopolkommission schlägt hier umfassende Systemänderungen vor. Unter anderem soll der zusätzliche Arbeitnehmeranteil am allgemeinen Beitragssatz von 0,9 Prozent entfallen, um auf diese Weise den Wettbewerb über Zusatzbeiträge anzukurbeln. Die Überforderungsklausel sei durch ein wettbewerbskonformes solidarisches Ausgleichssystem mit reduzierten Beiträgen zu ersetzen. Außerdem seien Wettbewerbsprozesse vor Beschränkungen zu schützen. Dies betreffe vor allem die Bereichsausnahme, nach der Teile der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern von der Anwendung des Wettbewerbsrechts ausgenommen werden. Für wünschenswert hält die Monopolkommission zudem, dass sich Patienten durch Übernahme eines prozentualen Anteils an der Arztrechnung stärker als bisher an den Kosten der Leistungen beteiligen.

Insgesamt kommt die Monopolkommission zu dem nicht überraschenden Schluss, dass die wettbewerbsbestimmenden Rahmenbedingungen in vielen Bereichen verbesserungsfähig sind. Dieses gelte auch und in vielen Fällen ganz besonders für Sektoren, in denen der Marktmechanismus aufgrund bestimmter Eigenheiten nur eingeschränkt wirken kann. Hieraus ergäben sich Schlussfolgerungen für eine Organisations- und Anreizstruktur, die bessere Ergebnisse erwarten lasse. Die Bundesregierung erarbeitet derzeit eine Stellungnahme zu dem Gutachten.

Mehr Infos:

<http://www.monopolkommission.de>

Arbeitsmarktpolitik für Migranten

Das Mannheimer Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) hat untersucht, ob arbeitsmarktpolitische Trainings- und Weiterbildungsmaßnahmen bei Einheimischen anders als bei Menschen mit Migrationshintergrund wirken.

Das Ergebnis fällt differenziert aus: Bei Eignungsfeststellungsmaßnahmen wurden im Durchschnitt positive Beschäftigungseffekte gemessen. Die Effekte sind für Frauen ohne Migrationshintergrund allerdings stärker ausgeprägt als für Immigrantinnen. Bei Männern ergibt sich dagegen kein eindeutiges Bild. Hier variieren die Effekte eher mit dem Zeitpunkt des Maßeinsatzes. Überraschend sind vor allem die Effekte von Bewerbertrainings: Anders als intendiert, senken sie eher die Beschäftigungschancen von Immigrantinnen, anstatt sie zu verbessern. Ein Effekt, der bei Männern zwar nicht auftritt, allerdings bleiben auch bei ihnen Bewerbungstrainings ohne signifikante Wirkung. Besonders profitieren Immigrantinnen vom Erwerb neuer Kenntnisse – und dies mehr als Frau-

en ohne Migrationshintergrund. Bei den Männern zeigen sich keine Unterschiede zwischen Einheimischen und Migranten. Insgesamt allerdings zeigen sich für alle Personengruppen positive Effekte durch den Erwerb neuer Kenntnisse und Fähigkeiten.

Um die Ursachen der Unterschiede zwischen den Personengruppen benennen und präzise Empfehlungen für die Politik aussprechen zu können, so die Autoren, bedürfe es zwar weiterer Untersuchungen, aber die Ergebnisse der Untersuchung würden die Notwendigkeit unterstreichen, die arbeitsmarktpolitischen Instrumente künftig zielgenauer einzusetzen.

Mehr Infos:

<ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp10021.pdf>

Zeitarbeit in der Pflege

Im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung hat das Institut Arbeit und Technik (IAT) eine Studie zur Zeitarbeit in der Pflege vorgelegt. Hintergrund ist die seit 2004 stark steigende Zahl von Krankenhäusern, Altenheimen und mobilen Pflegediensten, Leiharbeiter zu beschäftigen. Rund 19.000 Leiharbeitskräfte – überwiegend Frauen – sind in Gesundheitsberufen beschäftigt, ein Großteil davon in der Pflege; das sind fünfmal mehr als 2004 – Tendenz steigend. Diese Entwicklung ist für die Autoren auch ein Indikator für eine wachsende Personalknappheit im Pflegebereich und eine Folge der massiven Personalkürzungen und Verringerung von Ausbildungsplätzen der vergangenen Jahre.

Während Industrie und andere Dienstleistungsbranchen oft auf Zeitarbeitnehmer ohne spezielle Qualifikation zurückgreifen, spielt die richtige Ausbildung im Pflegebereich eine große Rolle. Die Auswertung der Stellenanzeigen zeigt: Nur etwa 13 Prozent der Ausschreibungen richteten sich an Personen mit

Helfer-Qualifikation, die übrigen an Fachkräfte. Hauptmotive der Entleihbetriebe sind, einen plötzlichen Personalausfall zu überbrücken, weil die Einrichtungen oft nur über eine sehr dünne Personaldecke verfügen. In einigen Einrichtungen geht der Bedarf allerdings über solche kurzfristigen Notfallmaßnahmen hinaus: Manchmal werden Leiharbeiter auch eingesetzt, damit das Stammpersonal Urlaub nehmen oder Überstunden abbauen kann. Ein weiteres wichtiges Motiv ist, Kosten zu sparen. Aufwändige Personalsuche mit Stellenanzeigen und Bewerbungsgesprächen entfällt durch die Zusammenarbeit mit Zeitarbeitsfirmen. Wer sich bewährt, kann später immer noch fest eingestellt werden. Zwar sind die Löhne, die Zeitarbeitsfirmen Kranken- oder Altenpflegerinnen zahlen, zumindest bei Berufsanfängern nicht wesentlich niedriger als reguläre Tariflöhne. Trotzdem sind Leiharbeiter oft billiger, weil sie nur für die tatsächlich geleistete Arbeit bezahlt werden müssen.

Die Entwicklung wird auch beeinflusst durch die Motive der Leiharbeiterinnen: Schneller Wiedereinstieg in den Beruf, Erfahrungen sammeln. Das sind der Untersuchung zufolge zwei typische Motive für Pflegerinnen, die bei Zeitarbeitsfirmen anheuern. Wer länger arbeitslos war oder sich einen Überblick über die Arbeitsumstände in verschiedenen Einrichtungen verschaffen möchte, kann per Zeitarbeit relativ einfach testen, ob ein bestimmter Arbeitgeber auch längerfristig in Frage kommt. Zudem bewerben sich manche bewusst bei Zeitarbeitsfirmen, weil sie nur eine bestimmte Phase ohne Einkommen überbrücken wollen oder hoffen, dass sie ihre eigenen Flexibilitätswünsche als Leiharbeiter besser umsetzen können. Ob Letzteres tatsächlich funktioniert stellen die Wissenschaftler allerdings infrage.

Zeitarbeit in der Pflege, fasst das IAT zusammen, sei als Symptom einer unzureichenden Ausstattung mit

Planstellen für qualifizierte Fachkräfte zu betrachten. Hinzu kämen die fehlenden gesellschaftlichen Anstrengungen zur Nachwuchssicherung.

Mehr Infos:

http://www.boeckler.de/320_107515.html

Atlas der Sozialkürzungen in Deutschland

Der Paritätische Gesamtverband hat im Juli seinen „Atlas der Sozialkürzungen“ unter dem Titel „Unter unseren Verhältnissen II...- Atlas der Sozialkürzungen der Bundesregierung 2011-2014“ veröffentlicht. Darin werden die von der Bundesregierung Anfang Juni 2010 beschlossenen Kürzungen im Sozialbereich skizziert und ihre Auswirkungen auf die Bevölkerung der einzelnen Bundesländer tabellarisch und graphisch dargestellt. Der „Atlas“ verdeutlicht erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. So wird das Sparpaket der Bundesregierung vor allem die Bürger in Ostdeutschland treffen. Die durchschnittlichen Kürzungsbeträge pro Einwohner für die Jahre 2011-2014 reichen von 22 Euro in Bayern bis zu 96 Euro in Berlin. Im Atlas werden zudem Ländergruppen sichtbar, in denen sich die Sozialkürzungen aufgrund eines hohen BIP nur gering auswirken. Weniger stark betroffen sind hier insbesondere die Bürger in Baden-Württemberg, Bayern und Hessen.

Mehr Infos:

www.forschung.paritaet.org

EU-Studie zum Zugang zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege für Frauen und Männer

Der von der EU-Kommission im Juli veröffentlichte Abschlussbericht

untersucht insbesondere die Ungleichheiten in Bezug auf die Verfügbarkeit von Gesundheitsvorsorge und Langzeitpflege für Frauen und Männern in der EU. Die Zusammenfassung dieses Vergleichsberichts einer Expertengruppe für Geschlechtergleichstellung, soziale Eingliederung, Gesundheit und Langzeitpflege beschreibt die Hauptunterschiede im Gesundheitsstatus von Frauen und Männern in europäischen Ländern. Er untersucht, wie Gesundheitsvorsorge- und Langzeitpflegesysteme auf geschlechterspezifische Bedürfnisse reagieren, um eine gleichberechtigte Verfügbarkeit zu erzielen. Der Bericht analysiert die wichtigsten finanziellen, kulturellen und physischen Barrieren für den Zugang und enthält gute Praxisbeispiele für Förder-, Präventions- und Therapieprogramme im Gesundheitssektor sowie für Langzeitpflege. Darüber hinaus lenkt er die Aufmerksamkeit auf den Bedarf der Förderung des Gender-Mainstreaming in Gesundheitsvorsorge und Langzeitpflege. Obgleich erhebliche Fortschritte bei der Optimierung der Qualität im Gesundheitssektor in der Europäischen Union erzielt wurden, bleibt das Gesamtbild heterogen.

Mehr Infos:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=de&pubId=558&furthePubs=yes>

EU-Studie zum Umfang und Auswirkungen von Fehlzeiten

Die Europäische Beobachtungsstelle für Arbeitsbedingungen (EWCO) hat im Juli ihre Untersuchungsergebnisse zu den Abwesenheitszeiten veröffentlicht. In den 27 EU-Staaten und Norwegen beträgt demnach die durchschnittliche Ausfallquote zwischen 3 und 6% der Arbeitszeit. Dies verursacht jährlich Kosten in Höhe von rund 2,5% des BIP. Ziel der Studie ist es, einen Überblick über das Ausmaß von Fehlzeiten und der da-

mit einhergehenden Kosten zu geben sowie die in den einzelnen Ländern entwickelten Politiken zum Umgang mit diesem Thema darzustellen. Insbesondere hier kam die EU-Studie zu interessanten Feststellungen: So versuchen einige Länder lediglich die Kosten von Fehlzeiten in den Griff zu bekommen, andere Staaten legen dagegen den Fokus gezielt auf die Reduzierung von krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten durch Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.

Mehr Infos:

<http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0911039s/tn0911039s.pdf>

Bericht der EU-Kommission zu Patentvergleichen im Pharmasektor

Die EU-Kommission hat im Juli einen sog. Monitoringbericht über Patentvergleiche im EU-Pharmasektor verabschiedet und darin die rückläufige Zahl potenziell problematischer Patentvergleiche begrüßt. Im Untersuchungszeitraum Juli 2008 bis Dezember 2009 ist laut Bericht die Zahl der Patentvergleiche, die möglicherweise gegen das Kartellrecht der EU verstoßen, auf 10% der Gesamtzahl an Patentvergleichen zurückgegangen. Im vorherigen Bezugszeitraum der Sektoruntersuchung (Januar 2000 bis Juni 2008) belief sich ihr Anteil noch auf 22%. Die Summen, um die es bei den Vergleichen zwischen Originalpräparate- und Generikaherstellern geht, sind allem Anschein nach ebenfalls zurückgegangen. In der Sektoruntersuchung war noch von mehr als 200 Mio. EUR die Rede, während der nun verabschiedete Monitoringbericht der EU-Kommission über Patentvergleiche auf weniger als eine Mio. EUR kommt. Dies ist für die EU-Kommission ein Anzeichen dafür, dass die Pharmaunternehmen inzwischen dafür sensibilisiert sind, welche Art von Vergleichsvereinba-

rung wettbewerbsrechtlich problematisch ist. Die Kommission sieht darin für die Verbraucher den Vorteil, dass die Markteinführung billigerer Generika nun nicht mehr widerrechtlich verhindert oder verzögert werden kann. Die Gesamtzahl der Vergleiche bei Patentstreitigkeiten zeige aber auch, dass die strengere Überwachung dieses Sektors durch die Kommission kein Hindernis für die außergerichtliche Streitbeilegung ist. Die EU-Kommission kündigt an, den Sektor weiterhin zu überwachen, um dafür zu sorgen, dass Vergleiche die Markteinführung von Generika nicht verzögern und auch keine anderen Beschränkungen enthalten, die wettbewerbsrechtliche Probleme aufwerfen.

Mehr Infos:

<http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/index.html>

Hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Eine große Mehrheit der Bürger ist mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland zufrieden. 87 Prozent der Bundesbürger bewerten die Gesundheitsversorgung in ihrer Region positiv. So ein zentrales Ergebnis einer repräsentativen Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland, die im Auftrag des Beratungsunternehmens Ernst & Young durchgeführt worden ist.

In den vergangenen Jahren ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland nach Ansicht der Befragten allerdings tendenziell schlechter geworden: Jeder Dritte beklagt eine sinkende Qualität, während nur 16 Prozent eine Qualitätssteigerung sehen; der Rest sieht keine Veränderung. Basis der Studie ist eine repräsentative Umfrage unter 1500 Verbrauchern

in Deutschland. Weitere wesentliche Ergebnisse der Studie sind:

- Die Bürger bewerten das Gesundheitssystem in Deutschland mit großer Mehrheit als gut – wobei es keine nennenswerten Unterschiede zwischen der Gesundheitsversorgung auf dem Land oder in Städten gibt. Im Vergleich zu 2009 ist die Zufriedenheit sogar leicht gestiegen.
- Dennoch sieht immerhin ein Drittel der Befragten (33 Prozent) langfristig eine Verschlechterung der Qualität der Gesundheitsversorgung – nur jeder sechste (16 Prozent) erkennt eine Verbesserung.
- Privat Krankenversicherte sind in den meisten Kategorien zufriedener. Besonders deutlich ist der Unterschied zu den gesetzlich Versicherten beim Faktor „Wartezeit“. Privat Versicherte sind zudem zu einem geringeren Anteil der Meinung, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung sich verschlechtert hat.
- Der Praktische Arzt / Hausarzt genießt beim Patienten das größte Vertrauen. Seine Arbeit wird fast durchgängig besser bewertet als die Arbeit von Fachärzten und Klinikärzten.
- Krankenhäuser schneiden in Bezug auf Behandlungserfolg und Vertrauen am schlechtesten ab – im Vergleich zu 2009 ist aber eine Verbesserung der Bewertung festzustellen.

Mehr Infos:

[http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer_2010/\\$FILE/Gesundheitsbarometer%202010.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer_2010/$FILE/Gesundheitsbarometer%202010.pdf)

Neuer Leitfaden Prävention

Der GKV-Spitzenverband hat Ende August einen überarbeiteten *Leitfaden Prävention* vorgelegt. Dieser geht

zurück auf die vor mehr als zehn Jahren beschlossenen „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien“ zur Umsetzung der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung und ist das zentrale Instrument zur Qualitätssicherung und -entwicklung in der Prävention. Er beinhaltet verbindliche Handlungsfelder und qualitative Vorgaben für alle gesetzlichen Krankenkassen, um z. B. individuelle Bewegungs-, Entspannungs- oder Ernährungskurse für Versicherte sowie Projekte zur Gesundheitsförderung in Schulen oder Betrieben umzusetzen. Auf Grundlage des Leitfadens sollen die Krankenkassen die Versicherten dabei unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken. Maßnahmen, die nicht dem Leitfaden entsprechen, dürfen von den Krankenkassen im Rahmen des § 20 und 20a SGB V nicht durchgeführt oder gefördert werden. Der nun vorgelegte überarbeitete *Leitfaden Prävention* ist die sechste Auflage, die ebenso wie die vorangegangenen Auflagen in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der Beratenden Kommission unabhängiger Experten entstanden ist.

Der Leistungskatalog bleibt durch die Neufassung so umfangreich wie bisher. Weiterhin entscheiden die einzelnen Kassen vor Ort selbst, welche konkreten Angebote sie machen; der Leitfaden gibt den verbindlichen Rahmen vor. Im Jahr 2009 haben die gesetzlichen Krankenkassen über 310 Millionen Euro für Präventionsleistungen (Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung; §§ 20 und 20a Sozialgesetzbuch V) ausgegeben.

Mehr Infos:

www.gkv-sv.de

„Monitor Familienleben 2010“

Der Ende August vorgelegte und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beim Institut für Demoskopie Allensbach in Auftrag gegebene *Monitor Familienleben 2010* unterstreicht die herausragende Bedeutung des Themas Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Bürger. Ein zentrales Ergebnis des inzwischen zum dritten Mal erschienen Familien-Monitors ist, dass 69 Prozent der Bevölkerung und 78 der Eltern sich dafür aussprechen, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine Kernaufgabe der Familienpolitik sein soll. Der Monitor Familienleben 2010 zeigt zudem auf, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege für viele Menschen immer wichtiger wird. So sind 87 Prozent der Befragten der Ansicht, dass dieses Thema eine wichtige Aufgabe für die Zukunft darstellt.

Das Bundesfamilienministerium startet im Herbst gemeinsam mit dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag die Initiative „Flexible Arbeitszeiten“. Ziel: Mehr vollzeitnahe Teilzeitstellen für Mütter und Väter zu schaffen. 60 Prozent der Väter äußern den Wunsch, dafür ihre Arbeitszeit reduzieren zu wollen. Gleichzeitig wünschen Mütter, mehr Stunden arbeiten zu können.

Mehr Infos:

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/familie,did=155818.html>

Bundesversicherungsamt legt Tätigkeitsbericht 2009 vor

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat Ende August seinen Tätigkeitsbericht für 2009 vorgelegt. Als Schwerpunkt der Arbeit des BVA wird die erfolgreiche Einführung des Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

dargestellt. Eine weitere Aufgabe des BVA war und ist die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger. Der Bericht verweist auch auf die intensiven Prüfungen im Bereich der Rabattverträge der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen. Defizite sieht das BVA in seinem Bericht u. a. bei den Regelungen zur Hausarztzentrierten Versorgung und bei den Sortimentsverträgen im generischen Bereich im Rahmen der Rabattverträge. Die Zahl der freiwilligen Zusammenschlüsse von Krankenkassen, so der BVA Jahresbericht, blieb im Berichtsjahr mit 25 gegenüber 23 Zusammenschlüssen im Vorjahr konstant hoch. Derzeit sind mehr als 90% der Versicherten bei „nur noch“ 36 Krankenkassen versichert. Mit dem Jahresbericht will das BVA auch einen Anstoß an den Gesetzgeber geben, sich über die wettbewerbliche und machtpolitische Sollgröße der Krankenkassenlandschaft Gedanken zu machen.

Mehr Infos:

www.bundesversicherungsamt.de

Deutsche leben nicht gesund

Die Deutsche Krankenversicherung (DKV) und das Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln haben im August den DKV-Report *Wie gesund lebt Deutschland* vorgestellt. Dazu wurden bundesweit rund 2.500 Menschen nach ihren Alltagsgewohnheiten.

Ein zentrales Ergebnis ist, dass die überwiegende Mehrheit der deutschen Bevölkerung nicht oder nur teilweise gesund lebt. Insgesamt erreichten nur 14 Prozent der Menschen alle in der Studie festgelegten Benchmarks und leben in dieser Kategorisierung recht gesund. Das heißt umgekehrt, 86 Prozent der Bevölkerung haben gute Möglichkeiten, ohne viel Aufwand gesünder zu leben - indem sie etwa das Rauchen aufgeben, mehr mit dem Fahrrad

oder zu Fuß unterwegs sind, sich abwechslungsreicher ernähren, weniger Alkohol zu sich nehmen oder einen besseren Stressausgleich finden. Über 40 Prozent erreichen nicht einmal die Mindestempfehlung an Bewegung, über 50 Prozent ernähren sich nicht ausgewogen, über 25 Prozent rauchen, über 18 Prozent trinken in ungesundem Maße Alkohol und über 50 Prozent empfinden ungesunden Stress. Krankheiten, wie Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Skelettbeschwerden sind die Folgen dieses Verhaltens. Besonders problematisch ist das Verhalten von jungen Erwachsenen. Bei den unter 30-Jährigen leben nur sieben Prozent rundum gesund. Dort müssten, so die DKV, die Gesundheitsbemühungen verstärkt werden. Gesundheitsbewusstseins nimmt mit dem Alter zu. Unter den über 65-Jährigen lebt jeder Fünfte rundum gesund.

Die DKV fordert auf Grund der Defizite im Gesundheitsverhalten eine Nationale Gesundheitsstrategie, die alle Politikfelder vernetzt. Die eigenen Gesundheitsprogramme werden als ein Tropfen auf den heißen Stein bewertet. Gesundheitsförderung muss überall mitgedacht werden. Die Gesundheitsförderung ist ein Zukunftsthema und gehöre ganz oben auf die politische Agenda. Angeregt wird ein nationaler Gesundheitsrat, der die Handelnden vernetzen und der Politik kraftvolle Impulse geben könne.

Mehr Infos:

www.dkv.de

Gesundheitssysteme in 25 EU-Mitgliedstaaten

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Gesamtübersicht der Gesundheitssysteme von 25 EU-Mitgliedstaaten veröffentlicht. Die EU-Staaten Bulgarien und Rumänien wurden nicht in diese Untersuchung einbezogen. In dieser Darstellung

werden die Gesundheitssysteme der EU-25-Mitgliedsländer¹ in Kurzform beschrieben. Für alle Länder wurde dabei eine einheitliche Systematik gewählt. Nach dieser Systematik wird zunächst das Versicherungs- und das Finanzierungssystem dargestellt. Es folgt eine kurze Beschreibung der Leistungen sowie eine Darstellung der Ausgaben und gesundheitsökonomischen Kennzahlen. Abschließend wird auf die aktuellen Problemstellungen und Reformvorgänge in dem jeweiligen Land eingegangen. Abgerundet wird der Überblick durch das Kapitel „Vergleichende Betrachtungen“ und einen „Statistischen Anhang“.

Obwohl die Gesundheitssysteme in Europa unterschiedlich ausgestaltet sind, stehen sie dennoch vor vergleichbaren Herausforderungen. Insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt und die demographische Entwicklung stellen die Länder vor die Entscheidung, welche Mittel sie für das System der öffentlichen Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen und wie diese Mittel innerhalb des jeweiligen Systems verwendet werden. Bei der Darstellung handelt es sich nicht um eine wissenschaftliche Arbeit, sondern um eine Zusammenstellung von Informationen aus verschiedenen Quellen, wie z.B. das Gegenseitige Informationssystem zur sozialen Sicherheit – MISSOC – der EU-Kommission, Studie „Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck“ von Döring et al. und eine Studie des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel sowie aus weiteren Fachartikeln.

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in allen Ländern steigen und sich daraus Finanzierungsprobleme ergeben. In Ländern mit beitragsfinanzierten Systemen und hoher Beteiligung der Arbeitgeber an den Sozialkosten verschärfen sich infolge der zunehmenden Internationalisierung der Wirtschaftsprozesse diese Probleme, so die Studie.

Mehr Infos:
www.kbv.de

Arztzahlstudie von BÄK und KBV

Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben Anfang September eine Arztzahlstudie vorgelegt. Diese kommt zu dem Ergebnis, dass die Lücken in der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung trotz bereits eingeleiteter Bekämpfungsmaßnahmen immer größer werden. Demnach müssen bis zum Jahr 2020 allein im ambulanten Bereich 51.774 Ärzte ersetzt werden, darunter 23.768 Hausärzte. Diese Prognose ergibt sich unter anderem aus dem Durchschnittsalter der Ärzte, das im Erhebungsjahr 2009 bei 51,92 Jahren lag.

Bis zum Jahr 2020 sollen außerdem nach Berechnungen rund 7.000 Hausärzte fehlen. Zur Lage im stationären Bereich heißt es, dass schon jetzt in den Kliniken 5.000 Stellen unbesetzt sein würden. Die angespannte Personalsituation werde sich weiter verschärfen. In zehn Jahren gingen fast 20.000 Ober- und Chefarzte altersbedingt in den Ruhestand. Das Problem „Ärztmangel“ beginne jedoch bereits schon im Studium, wo von 2003 bis 2008 rund 18% der Studenten ihr Medizinstudium nicht abgeschlossen haben.

Ein weiteres Problem für die Versorgung in Deutschland stellt, so die Studien, die Abwanderung von Ärzten ins Ausland dar. Allein im Jahr 2009 wanderten 2.486 deutsche Mediziner aus. Insgesamt sind gegenwärtig rund 17.000 deutsche Ärzte im inner- und außereuropäischen Ausland tätig. „Diese Mediziner fehlen uns hier. Deshalb müssen wir dafür sorgen, dass die Arbeitsbedingungen für Ärzte in Deutschland attraktiver werden“, so der Vorsitzende der KBV, Andreas Köhler.

Mehr Infos:
www.kbv.de

EU-Kommission veröffentlicht „Hospital Pharma Report 2010“

Die EU-Kommission hat Ende August den „Hospital Pharma Report 2010“ veröffentlicht. Im Rahmen des PHIS-Projektes (Pharmaceutical Health Information System), das von der EU-Kommission mitfinanziert wird, sollen Informationen über pharmazeutische Politiken gewonnen werden, insbesondere zur Beschaffung, Verteilung, Preisgestaltung, Finanzierung und Nutzung von Arzneimitteln in den EU-Mitgliedstaaten, sowohl für den ambulanten als auch den stationären Sektor. Nachdem Informationen über das Arzneimittel-Management in Kliniken kaum transparent und die Preise für stationär verwendete Medikamente oft undurchschaubar bzw. gänzlich unbekannt sind, wollen die Forscher mit der vorgelegten Studie mehr Transparenz schaffen.

In 14 der 27 untersuchten Länder (ohne Griechenland und Luxemburg, aber mit den Nicht-EU-Staaten Norwegen und Türkei) werden die Kliniken von den Sozialversicherungen finanziert. In den restlichen Ländern trägt in der Regel die öffentliche Hand die Kosten. Diagnostiziert wird in dem Bericht die Notwendigkeit zu einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulanten Bereich, da eine vorangegangene Klinikbehandlung zwangsläufig die Medikamentenwahl anlässlich der nachfolgenden Versorgung in einer Praxis beeinflusst. Hinsichtlich der Produktpreise seien durch die Zusammenlegung der Einkaufsaktivitäten, also durch Gründung einer zentralen Beschaffungsgesellschaft (bzw. zumindest einer Zusammenarbeit bei der Bestellung) weitaus günstigere Konditionen erzielbar.

Mehr Infos:
<http://phis.goeg.at/>