

■ Zahnmedizin in Deutschland auf hohem Niveau

In der Zahnmedizin und im gesundheitsökonomischen Vergleich ist Deutschland in Europa gut und krisensicher aufgestellt. Dies sind die zentralen Ergebnisse von Untersuchungen ausgewählter zahnmedizinischer Behandlungsszenarien und gesundheitsökonomischer System-Analysen, die Anfang März von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) vorgestellt worden sind.

Die aktuelle Publikation EURO-Z-II der zahnärztlichen Spitzenorganisationen bietet Einblick in die Systeme zahnmedizinischer Versorgung von sieben europäischen Ländern. Dafür wurden deren Gesundheitssysteme in Bezug zur Mundgesundheit der Bevölkerung in Beziehung gesetzt. Dazu zählen das klassische bismarcksche Sozialversicherungssystem Westeuropas, das steuerfinanzierte, sogenannte Beveridge-System Nord- und Südeuropas sowie die jungen Sozialversicherungssysteme Mittel- und Osteuropas in Anlehnung an das sogenannte Semashko-Modell.

Nach Einschätzung der BZÄK schaffe die deutsche Aufteilung in einen überwiegend gesetzlich versicherten Teil (86 Prozent) ergänzt um einen privat versicherten Teil der Bevölkerung (11 Prozent) eine krisensicherere und innovations- bzw. investitionsfreudige Grundlage. Darüber hinaus habe das deutsche System einen systemstabilisierenden Effekt, weil ein vergleichsweise hoher Anteil zahnmedizinischer Leistungen im Rahmen der Grundversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werde und deshalb konjunkturunabhängig sei. Hinzu komme, dass GKV-versicherte Patienten mit vergleichsweise niedrigen Selbstbehalten belastet würden. Mehr noch: Im europäischen Ausland gehörten viele der untersuchten zahnmedizinischen Behandlungen nicht zum Leistungsumfang nationaler Gesundheitsdienste. Patienten in diesen Ländern müssten also ihre Behandlung vollständig selbst bezahlen. Diese Faktoren wirkten sich stabilisierend auf die Konjunktur aus.

Zum Hintergrund: Das EURO-Z-Projekt wurde erstmals im Jahr 1999 initiiert. Aufgrund der erfolgten Währungsumstellung im Rahmen der europäischen Wirtschafts- und Währungsunion

sowie zahlreicher zahnärztlicher Honorarreformen in einigen Ländern Europas wurde ein aktualisierter Systemvergleich erforderlich.

MEHR INFOS:

www.bzäk.de

■ BARMER GEK Arztreport 2015

Die BARMER GEK hat im Februar ihren *Arztreport 2015* vorgelegt. Der diesjährige Arztreport beinhaltet eine Schwerpunktanalyse zur Versorgung bei Gebärmutterhalskrebs in Deutschland. Wissenschaftler des Aqua-Instituts Göttingen haben im Auftrag der Kasse auf der Basis von Abrechnungsdaten von über acht Millionen Versicherten der BARMER GEK unter anderem analysiert, wie häufig diese Krebsart in Deutschland auftritt, wie die Früherkennung genutzt wird und wie sich die Behandlung des sogenannten Zervixkarzinoms und seiner Vorstufen verändert hat.

Die Ergebnisse zeigen gegenläufige Tendenzen: Einerseits sank zwischen den Jahren 2002 und 2012 die Sterblichkeit aufgrund von Gebärmutterhalskrebs um 16 Prozent. Um ein knappes Drittel gesunken ist auch die Zahl der Behandlungen im Krankenhaus – von 51,1 Fälle je 100.000 Frauen im Jahr 2000 auf 35,5 Fälle im Jahr 2012. Andererseits ist der Anteil der Frauen gestiegen, bei denen ein Zervixkarzinom oder eine Vorstufe davon dokumentiert wurde. Seit dem Jahr 2005 ist dieser Anteil um ein Drittel gewachsen. Für das Jahr 2013 gehen die Wissenschaftler von 77.000 Frauen aus, die mit der Diagnose Zervixkarzinom leben müssen. Weitere knapp 60.000 waren an einer lokal begrenzten Form des Krebses erkrankt. Wesentlich häufiger sind Diagnosen von Fehlbildungen von Zellen des Gebärmutterhalses dokumentiert, die als Vorstufe einer Krebserkrankung gelten. Hier gehen die Göttinger-Forscher von 364.000 Fällen im Jahr 2013 aus.

Die BARMER GEK zieht aus den Ergebnissen die Schlussfolgerung, dass Frauen in Deutschland künftig von ihrer Krankenkasse den sogenannten HPV-Test bezahlt bekommen sollten, damit ein großer Teil der Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs vermieden werden kann. Dieser innovative Test erkennt humane Papillomaviren, die als der wichtigste Risikofaktor für den Gebärmutterhalskrebs

gelten. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen wäre eine positive Bewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Bislang verhinderten allerdings unterschiedliche Vorstellungen von Ärzten und Kassen über das künftige Screening auf Gebärmutterhalskrebs jedoch eine Änderung. Die Ärzte wollen an dem konventionellen Test festhalten, für den die Frauen zukünftig alle zwei Jahre in die Arztpraxis kommen müssten. Der von den Kassen vorgeschlagene HPV-Test wäre dagegen nur alle fünf Jahre notwendig.

Darüber hinaus weist der BARMER GEK Arztreport in seinem Statistik-Teil für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland neue Rekorde auf. So hat sich die Zahl der Behandlungsfälle je Person im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr um 2,8 Prozent auf 8,44 erhöht. Im Jahr 2013 zeigten sich beträchtliche Unterschiede in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zwischen den Regionen, Geschlechtern und Altersgruppen. Die Behandlungskosten lagen im Jahr 2013 bei 505,24 Euro pro Versichertem und damit um 3,4 Prozent höher als noch im Jahr zuvor.

MEHR INFOS:

www.barmer-gek.de

■ Alkoholmissbrauch von Kindern und Jugendlichen rückläufig

Wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden (Destatis) im Februar meldete, wurden 23.267 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren im Jahr 2013 aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär in einem Krankenhaus behandelt. Dies waren 12,8 % weniger Kinder und Jugendliche als im Vorjahreszeitraum. Bezogen auf 100.000 Einwohner dieser Altersklasse sank ihre Anzahl gegenüber 2012 von 336 auf 296 (-12,1 %). Dabei ging der entsprechende Wert bei Mädchen und jungen Frauen um 6,7 % zurück (auf 253 Fälle je 100.000 Einwohner), bei Jungen und jungen Männern verringerte er sich sogar um 15,6 % (auf 336 Fälle je 100.000 Einwohner). 71 % der Kinder und Jugendlichen, die wegen akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt werden mussten, waren noch keine 18 Jahre alt.

Grundlage für diese Zahlen ist die Krankenhausdiagnosestatistik für das Jahr 2013. Demnach wurden insgesamt

rund 19,2 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär in einem Krankenhaus behandelt. Die Herzinsuffizienz war mit 396.380 Fällen der häufigste Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt. An zweiter Stelle lagen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (338.204 Fälle), worunter auch der akute Alkoholmissbrauch fällt. Danach folgte die Herzkrankung Vorhofflimmern und Vorhofflattern mit 280.977 Fällen.

MEHR INFOS:

www.destatis.de

■ Krebs im Jahr 2013 zweithäufigste Todesursache

Zum Weltkrebstag am 4. Februar teilte das Statistische Bundesamt in Wiesbaden (Destatis) mit, dass 25 % aller im Jahr 2013 in Deutschland verstorbenen Personen einem Krebsleiden erlagen. Damit bleibt Krebs mit 223.842 Sterbefällen nach den Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Die Daten der Wiesbadener Statistiker zeigen darüber hinaus, dass das durchschnittliche Sterbealter bei Krebserkrankten seit Jahren ansteigt: Im Jahr 2013 erreichte es mit 73,4 Jahren den bisher höchsten gemessenen Wert. Krebs ist zunehmend zu einer Erkrankung geworden, die erst im fortgeschrittenen Alter auftritt. Der Anteil Gestorbener mit Krebs, die 85 Jahre und älter waren, lag im Jahr 2013 bei 17 %. Im Jahr 1983 hatte der Anteil lediglich etwas über 8 % betragen.

Die häufigste Krebsart mit Todesfolge von Männern waren Erkrankungen der Verdauungsorgane mit 38.987 Gestorbenen. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei 72,5 Jahren. Danach folgten Lungen- und Bronchialkrebs mit 30.962 Sterbefällen und einem durchschnittlichen Sterbealter von 70,9 Jahren. Auch bei den Frauen dominierten Krebserkrankungen der Verdauungsorgane mit 31.012 Gestorbenen. Das durchschnittliche Sterbealter lag mit 76,8 Jahren jedoch um mehr als vier Jahre über dem Durchschnitt der Männer. An zweiter Stelle folgten Brustkrebserkrankungen mit 17.853 Sterbefällen und einem durchschnittlichen Sterbealter von 72,6 Jahren. Den stärksten Anstieg krebserkrankter Sterbefälle von Frauen gab es in den letzten 30 Jahren mit + 180 % bei

Lungen- und Bronchialkrebs (von 5.491 auf 15.370 Sterbefälle). Diese Krebsform steht in engem Zusammenhang mit dem Rauchen. Die höchste Zuwachsrate bei Männern gab es in diesem Zeitraum mit + 152 % bei Leber- und Gallenkrebs (von 1.981 auf 5.000 Sterbefälle).

MEHR INFOS:

www.destatis.de

■ Hoher Frauenanteil beim ärztlichen Personal in Krankenhäusern

Als Zahl der Woche veröffentlichte das Statistische Bundesamt in Wiesbaden (Destatis) aus Anlass des Weltfrauentages am 8. März den Anteil von Frauen beim ärztlichen Personal in Krankenhäusern. Danach waren im Jahr 2013 von insgesamt 165.000 Mitarbeitern des ärztlichen Personals in Krankenhäusern 46 % Frauen. Während 2013 mehr als die Hälfte (56 %) der Assistenzärzte weiblich war, betrug der Frauenanteil an den Oberärzten 28 % und an den leitenden Ärzten nur 10 %. Gegenüber 2004 ist der Frauenanteil in allen Hierarchiestufen allerdings gestiegen: der Anteil der Assistenzärztinnen um 10 Prozentpunkte, der Anteil der Oberärztinnen um 6 Prozentpunkte und der Anteil der Ärztinnen in leitenden Positionen um 3 Prozentpunkte.

MEHR INFOS:

www.destatis.de

■ Gesund aufwachsen und sozialer Status

Das Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin hat Anfang März die neue Ausgabe von *GBE kompakt* veröffentlicht. Die Ausgabe 1/2015 geht der Frage nach, welche Bedeutung dem sozialen Status beim gesunden Aufwachsen zukommt. Die Autoren untersuchen, ob sich soziale Ungleichheit im Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen widerspiegelt. Zentrale Kernaussage der Publikation ist: Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf. Weitere Aussagen und Erkenntnisse sind:

- dass mit Blick auf im Kindes- und Jugendalter häufig auftretende körperliche

Erkrankungen nur geringe Unterschiede nach dem sozialen Status festzustellen sind,

- dass Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe ein erhöhtes Risiko für einen beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszustand und für psychische Auffälligkeiten haben,
- dass Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen und andere verhaltensbezogene Risiken in der niedrigen Statusgruppe stärker verbreitet sind,
- dass ein niedriger Sozialstatus einhergeht mit einer geringeren Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder und der zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen und
- dass die statusspezifischen Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hohe Anforderungen an die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung stellen.

Die für *GBE kompakt* untersuchten Daten stammen aus der ersten Folgebefragung der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 1) des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2009-2012

MEHR INFOS:

www.rki.de

■ WiIdO-Krankenhaus-Report 2015

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiIdO) hat im Februar den jährlich erscheinenden Krankenhaus-Report vorgelegt. Schwerpunktthema der aktuellen Ausgabe 2015 ist „Strukturwandel“. Dazu werden Themen wie: Planung von Versorgungskapazitäten in Deutschland und im internationalen Vergleich; Fahrzeiten, Krankenhausreichbarkeiten und -Kapazitäten im regionalen Vergleich und im Zeitverlauf; Organisation und Reformbedarf in der Notfallversorgung; Rolle der Universitätsmedizin in der regionalen und überregionalen Versorgung; Strukturanforderungen aus Patientenperspektive; Umsetzbarkeit qualitätsorientierter Versorgungsreformen, beispielsweise in der Onkologie, abgehandelt.

MEHR INFOS:

www.wido.de

■ Verbesserte Pflegequalität in Heimen und bei Pflegediensten

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) hat im Januar gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband den vierten MDS-Pflege-Qualitätsbericht in Berlin vorgestellt. Grundlage des Berichts sind Daten aus den über 23.000 im Jahr 2013 in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten durchgeführten Qualitätsprüfungen. Die MDK-Gutachter untersuchten dabei die Versorgungsqualität bei 146.000 Menschen – die Ergebnisse gelten als repräsentativ für Deutschland.

Zentrale Erkenntnisse: Verbesserungen bei der Dekubitusprophylaxe und der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Schwächen hingegen im Schmerzmanagement.

In der stationären Pflege untersuchten die MDK-Gutachter bei einer Zufallsstichprobe von zehn Prozent der Pflegebedürftigen in jeder Einrichtung den Versorgungszustand und die Pflegemaßnahmen. Im Vergleich zum dritten Pflege-Qualitätsbericht 2012 zeigten sich bei den Qualitätsprüfungen Verbesserungen bei der Dekubitusprophylaxe und der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Anders dagegen bei Schmerzmanagement und -erfassung:

Bei 37,3 Prozent der Heimbewohner war eine Schmerzerfassung notwendig. Davon lag bei 80,3 Prozent dieser Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor. Im Vergleich zu 2012 (54,6 Prozent) ist eine deutliche Verbesserung eingetreten. Der MDS bemängelt gleichwohl, dass bei 19,7 Prozent der Betroffenen keine Schmerzeinschätzung stattgefunden habe.

Bei der ambulanten Pflege kann der MDK nur die Qualität der Leistungen bewerten, für die der Pflegebedürftige einen Vertrag mit dem ambulanten Pflegedienst abgeschlossen hat. Bei 81,7 Prozent der in ihrer Wohnung aufgesuchten Pflegebedürftigen haben die Prüfer einen Beratungsbedarf zum Sturzrisiko gesehen. Bei 83,6 Prozent dieser Pflegebedürftigen war eine Beratung nachvollziehbar durchgeführt worden. In 16,4 Prozent der Fälle war die Beratung nicht nachvollziehbar. Im Vergleich zum letzten Bericht ist eine deutliche Verbesserung zu verzeichnen – damals erhielten nur 49,9 Prozent eine Beratung.

Die MDK-Prüfungen finden in ambulanten und stationären Einrichtungen in der

Regel einmal jährlich statt. Heimprüfungen erfolgen unangemeldet. Darüber hinaus kann der MDK auch anlassbezogen prüfen und Wiederholungsprüfungen durchführen. Für den aktuellen Bericht wurden Qualitätsprüfungen in 12.190 Pflegeheimen und in 11.021 ambulanten Pflegediensten des Jahres 2013 ausgewertet. Der Fokus der Prüfung lag auf der Bewertung der Versorgungsqualität beim pflegebedürftigen Menschen.

MEHR INFOS:

www.mds-ev.de

■ Reha-Bericht 2014

Mit dem Reha-Bericht „Update 2014“ hat die Deutsche Rentenversicherung in Berlin im November wieder die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur Rehabilitation der Rentenversicherung vorgelegt. Der Bericht beschreibt Umfang, Struktur und Ergebnis der Reha-Leistungen sowie die Ausgaben der Rentenversicherung für Rehabilitation, auf der Grundlage der routinemäßig erhobenen Statistikdaten und mit Schwerpunkt auf dem Jahr 2013. Die Routinedaten erlauben Aussagen zum Erfolg der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation, indem z.B. der Verbleib der Rehabilitanden im Erwerbsleben dargestellt wird. Den Kern der Publikation macht die Entwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung aus. Darüber hinaus lenkt der Reha-Bericht den Blick auch auf inhaltliche Weiterentwicklungen in den Bereichen Reha-Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Reha-Forschung.

MEHR INFOS:

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

■ Umverteilung vor allem über Sozialversicherung

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin hat im *DIW Wochenbericht* 8/2015 die Ergebnisse seiner Analysen der Wirkungen staatlicher Umverteilungspolitik vorgestellt. Statistische Grundlage für die Untersuchung waren Daten der Haushaltserhebung des „Sozio-oekonomisches Panel“ (SOEP) für das Jahr 2011. Die DIW-Wissenschaftler Bach, Grabka und Tomasch wollten wissen, inwieweit durch das Steuer- und Transfersystem Einkommensungleich-

heit reduziert wird und wie zielgenau die Transferleistungen sind. Betrachtet wurde dabei nur die rein monetäre Umverteilung, die sozialen Sachleistungen, wie beispielsweise öffentliche Gesundheitsleistungen, waren nicht Gegenstand der Untersuchung.

Wesentliche Ergebnisse: Das deutsche Steuer- und Transfersystem sorgt dafür, dass die Nettoeinkommen der Bürger deutlich gleichmäßiger verteilt sind als die Markteinkommen. Ein Großteil der Umverteilung findet dabei über das Sozialversicherungssystem statt. Allerdings geht der größere Teil der staatlichen Leistungen nicht an finanziell bedürftige Haushalte.

Den größten Anteil an den staatlichen Transferleistungen hat – gesamtwirtschaftlich gesehen – die Gesetzliche Rentenversicherung. Sie trägt aber längerfristig vergleichsweise wenig zur Umverteilung bei, soweit die Bürger in der Vergangenheit äquivalente Beiträge für die Leistungen gezahlt haben. Insoweit ist lediglich der aus Steuermitteln finanzierte Anteil der Leistungen für die Umverteilung relevant.

Eine hohe Umverteilungswirkung haben die staatlichen Grundsicherungsleistungen wie Hartz IV oder Grundsicherung im Alter, die den Bedürftigen zugute kommen. Sonstige Transfers wie familienbezogene Leistungen, insbesondere das Kindergeld, werden unabhängig von der finanziellen Bedürftigkeit gewährt, sondern breit über alle Einkommensgruppen gestreut. Sie lösen deshalb kaum Umverteilungswirkungen zwischen Einkommenschichten aus.

Deutschland gilt im internationalen Vergleich als ein Land mit einem hohen Maß an Einkommensumverteilung – vor allem wegen seiner ausgebauten sozialen Sicherungssysteme. Diese bekämpfen nicht nur Armut, sondern sichern auch den Lebensstandard im Alter oder bei Krankheit und Arbeitslosigkeit. Daher gehen sie auch an Bürger, die keinen Anspruch auf Grundsicherung haben. Staatliche Transferleistungen sind der größte Budgetposten im Staatshaushalt, jährlich werden dafür etwa 18 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) ausgegeben.

MEHR INFOS:

www.diw.de

TRENDS & FACTS wurden zusammengestellt und bearbeitet von Erwin Dehlinger