

## Sozialversicherung 2008 im Plus

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, hat die Gesetzliche Sozialversicherung das Jahr 2008 mit einem Finanzüberschuss von 6,5 Mrd. Euro abgeschlossen. Im Vorjahr betrug der Finanzierungsüberschuss noch 9,0 Mrd. Euro. Die Sozialversicherungsausgaben stiegen im Vergleich zu 2007 um 2,2% auf 477,4 Mrd. Euro, wohingegen die Einnahmen nur um 1,6% auf 484,0 Mrd. Euro angestiegen waren.

In der GKV stiegen Einnahmen und Ausgaben im Vergleich zur gesamten Sozialversicherung am kräftigsten. Die gesetzlichen Krankenkassen gaben für ihre Versicherten 162,0 Mrd. Euro (+ 4,7%) bei Einnahmen von 162,8 Mrd. Euro (+ 4,00%) aus. 2008 betrug der Finanzierungsüberschuss 0,7 Mrd. Euro nach 1,8 Mrd. Euro in 2007.

In der gesetzlichen Rentenversicherung erhöhten sich die Einnahmen um 2,6% auf 241,7 Mrd. Euro. Die Ausgaben nahmen mit 1,4% geringer zu und erreichten 238,0 Mrd. Euro. Der Finanzierungsüberschuss von 3,7 Mrd. Euro war damit erheblich höher als im Jahr 2007 (1,0 Mrd. Euro).

Die Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit (einschließlich Versorgungsfonds) gingen in Folge der weiter sinkenden Arbeitslosenzahlen um 2,2% auf 36,7 Mrd. Euro zurück. Die Einnahmen sanken - wesentlich bedingt durch die Senkung des Beitragsatzes von 4,2% auf 3,3% - kräftig um 13,0% auf 38,4 Mrd. Euro. Dennoch verblieb für die Bundesagentur ein Überschuss in Höhe von 1,6 Mrd. Euro, der allerdings deutlich geringer ausfiel als 2007 (6,6 Mrd. Euro).

Die soziale Pflegeversicherung verzeichnete Einnahmen in Höhe von 19,8 Mrd. Euro. Zum Einnahmewachstum um 9,7% gegenüber 2007 hat die Erhöhung des Beitragsatzes von 1,7% auf 1,95% (für Kinderlose von 1,95% auf 2,2%) zum 1. Juli 2008 entscheidend beigetragen. Die Ausgaben der Pflegeversicherung stiegen mit 4,4% auf 19,1 Mrd. Euro deutlich langsamer. Nach einem Defizit von

0,3 Mrd. Euro konnte im Jahr 2008 ein Überschuss von 0,6 Mrd. Euro verbucht werden.  
[www.destatis.de](http://www.destatis.de)

## Berliner Gesundheitspreis verliehen

Wenn Arzt und Patient gemeinsam über die Behandlung entscheiden, verbessern sich die Therapietreue und damit der Behandlungserfolg. Der mit 50.000 Euro dotierte „Berliner Gesundheitspreis 2008“ wurde am 20. April 2009 in Berlin an Projekte vergeben, die zu einer Verbesserung der „Adherence“ beitragen.

Im Unterschied zum geläufigeren Begriff „Compliance“ geht es bei „Adherence“ nicht darum, ob der Patient „befolgt“ was Arzt oder Therapeut verordnet. Die Betonung liegt auf der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und auf die darauf aufbauenden, gemeinsam vereinbarten Untersuchungs- und Behandlungsziele. Therapietreue und Behandlungserfolg werden positiv beeinflusst, wenn die Patientenperspektive bei der Therapieentscheidung einbezogen wird.

Den 1. Preis und 22.000 Euro erhielt die Arbeitsgruppe *arriba* der Philipps-Universität Marburg. Die Computersoftware *Arriba* verbessert die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, indem sie beispielsweise die Risiken eines Herzinfarkts oder die positive Wirkung einer Ernährungsumstellung berechnet. 18.000 Euro und den 2. Preis gewann das gemeinschaftliche Projekt der Klinik für Psychiatrie und Psychologie in Bethel/Bielefeld und der LWL Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Lippstadt und Warstein. Die Kliniken haben 2003 eine Adherence-Therapie eingeführt, an der bislang 120 Schizophrenie-Patienten teilgenommen haben. Einen Ehrenpreis in Höhe von 10.000 Euro erhielt der Berliner Verein „Fixpunkt e.V.“ - Projekt Gesundheitsmobil“ für ein Konzept zur Behandlung von chronischen Wunden bei Drogenabhängigen und Suchtkranken allgemein.

Der Berliner Gesundheitspreis ist ein bundesweiter Wettbewerb

zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Berlin schreiben ihn seit 1995 alle zwei Jahre zu einem ausgewählten Schwerpunkt-Thema aus.  
[www.berliner-gesundheitspreis.de](http://www.berliner-gesundheitspreis.de)

## Situation der Transplantationsmedizin

Die Bundesregierung hat dem Deutschen Bundestag Anfang April 2009 einen „Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes“ (TPG) vorgelegt. Das zuständige Bundesministerium für Gesundheit hat „aus Gründen der Objektivität“ das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) aus Berlin damit beauftragt, eine wissenschaftliche Untersuchung durchzuführen. Zum Auftrag des Bundestags von 2007 zählten u.a. Fragen der Gewinnung von Organen, Aufklärung der Bevölkerung sowie mögliche Änderungsbedarfe aufzuzeigen.

Das BMG sieht auf Basis des IGES-Berichtes an verschiedenen Stellen Diskussions- und Änderungsbedarf. So sind die Mittel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für allgemeine Aufklärung zur Organspende für 2009 auf 1,5 Mio. Euro erhöht worden, um damit u.a. eine größere Organspendekampagne zu finanzieren. Für das BMG gibt es keinen gesetzlichen Handlungsbedarf, die geltende so genannte „erweiterte Zustimmungslösung“ im TPG zu ändern. Die sogenannte „Widerspruchslösung“, mit der Organspenden erleichtert werden würden, hätte nicht die notwendige gesellschaftliche Akzeptanz in Deutschland. Hinsichtlich des in Deutschland geltenden Verfahrens zur Hirntoddiagnostik als Entnahmevoraussetzung rät das BMG, nicht vom Hirntodkonzept abzuweichen. Zurückhaltend bewertet das BMG auch eine Ausweitung der restriktiven gesetzlichen Regelungen der Organlebendspende. Das TPG beschränkt derzeit den Spen-

der- und Empfängerkreis von „nicht regenerierungsfähigen Organen“ auf einen sehr kleinen Personenkreis. Zur versicherungsrechtlichen Absicherung des Organlebendspenders haben die durch das IGES Befragten eine mangelnde finanzielle Absicherung der Spender in der Praxis kritisiert. Das BMG hat hier angekündigt, auf eine Einheitlichkeit in der Praxis hinzuwirken und zu prüfen, ob gesetzgeberischer Änderungsbedarf besteht. [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de); BT-Drs. 16/12554

## SPD-Entwurf für Regierungsprogramm

Gesundheitspolitik wird bei der SPD kein zentrales Wahlkampfthema sein. Diese Schlussfolgerung ist aus dem Entwurf des SPD-Regierungsprogramms „Sozial und demokratisch. Anpacken für Deutschland“ zu ziehen.

Gesundheitspolitische Kernpunkte des Programms sind die Einführung einer Bürgerversicherung für die GKV und Pflegeversicherung und die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Der gegenwärtig nur von den Versicherten zu finanzierende Sonderbeitragsatz von 0,9 Prozentpunkten soll künftig paritätisch getragen werden. Zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung soll ein Risikoausgleich eingeführt werden.

Auf der Versorgungsseite soll das Vertragsgeschehen weiter flexibilisiert und in der ambulanten medizinischen Versorgung eine einheitliche Gebührenordnung - auch für ambulante Krankenhausleistungen - eingeführt werden. Durch weitere Organisationsreformen soll ein verantwortlicher Umgang der Akteure mit den finanziellen Mitteln sichergestellt werden. Weitere Schwerpunkte sozialdemokratischer Gesundheitspolitik sind die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, Geriatrie, Palliativversorgung, Sicherstellung der Finanzierung der integrierten Versorgung, Ausbau der Arzneimittel-Kosten-Nutzen-Bewertung, Präventionsgesetz und ein Patientenrechtgesetz.

In der Pflegeversicherung stehen der neue Pflegebegriff und der Ausbau wohnortnaher Unterstützungsangebote im Vordergrund. Die Pflegezeit soll für 10 Tage als bezahlter Freistellungsanspruch von der Arbeit weiterentwickelt werden. [www.spd.de](http://www.spd.de)

## Kurzarbeit steigt

Die schwere Wirtschaftskrise ist deutlich an der Nachfrage von Arbeitgebern nach Kurzarbeit bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) ablesbar; sie bewegt sich weiterhin auf hohem Niveau.

Nach den vorläufigen Zahlen der Bundesagentur haben im März 2009 insgesamt 24.000 Betriebe Kurzarbeit aus konjunkturellen Gründen angezeigt; gegenüber dem Vormonat ist dies ein Plus von 7.200. Die in den Anzeigen genannte Personenzahl ist gegenüber Februar auf 670.400 gesunken (-28.500), gegenüber dem Vorjahresmonat jedoch um 658.200 gestiegen. Zu einem Großteil stammen die Anzeigen zur Kurzarbeit aus dem Maschinenbau und von Automobil- und Zulieferbetrieben.

Durch die Zahlung von Kurzarbeitergeld soll erreicht werden, dass konjunkturbedingte Kündigungen vermieden werden. Vor Beginn der Kurzarbeit müssen die Betriebe eine Anzeige über den Arbeitszeitausfall bei der Bundesagentur erstatten. Diese Anzeigen sind somit als potenzielle Zugänge in die Kurzarbeit zu interpretieren. Wie viele Personen später tatsächlich kurzarbeiten und in welchem Umfang Arbeit ausfällt, wird allerdings erst mit beträchtlicher Zeitverzögerung sichtbar. Die kurzarbeitenden Unternehmen müssen ihre Meldung jeweils erst nach dem Quartalsende für die zurückliegenden drei Monate erstatten. Daraus sowie aus dem durchschnittlichen Arbeitsausfall der Kurzarbeiter lässt sich die Entlastung der Arbeitslosigkeit ermitteln.

<http://statistik.arbeitsagentur.de>

## WIdO-Studie zu Frühgeborenen-Behandlung

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) kommt in einer Studie über die Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht in Kliniken zum Ergebnis, dass eine Mindestmenge von z. B. 49 pro Klinik zu behandelnden Fällen potenziell 110 Todesfälle vermeiden kann. Die Ergebnisse sind bedeutsam, weil im Gemeinsamen Bundesausschuss weiter über die Einführung einer Mindestmenge verhandelt wird.

Die im aktuellen Krankenhaus-Report 2008/2009 veröffentlichten Simulationsstudien sind auch vor dem Hintergrund bedeutsam, weil die fachgerechte Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm in Deutschland nach wie vor umstritten ist. Zwar wurden in den vergangenen Jahren verbindliche Richtlinien für Kliniken, die an der Versorgung von Frühgeborenen teilnehmen, aufgestellt und wiederholt angepasst, sie enthalten allerdings nur sehr niedrig angesetzte Mindestmengen.

Die Studie zeigt eine niedrigere Sterblichkeit nach der Einführung unterschiedlichster Mindestmengen. Beispielsweise ist bei der Einführung einer Mindestmenge von 15 VLBW pro Jahr für die behandelnde Klinik von 33 potenziell vermiedenen Todesfällen auszugehen, während eine Mindestmenge von 49 VLBW potenziell 110 Todesfälle vermeiden würde. Insgesamt war die Zahl der potenziell vermiedenen Todesfälle umso höher, je höher die simulierte Mindestmenge war.

Zusätzlich wurde untersucht, wie sich die Einführung von Mindestmengen auf die Entfernungen zu den behandelnden Kliniken auswirkt. Führt man beispielsweise eine Mindestmenge von 49 VLBW ein, verlängert sich die durchschnittliche Entfernung vom Wohnort zur Klinik von 20,6 km auf 36,1 km. Im Einzelfall können diese Entfernungen natürlich auch höher ausfallen. Dabei

zeigt sich erwartungsgemäß eine Häufung solcher Fälle in Grenzgebieten und strukturschwachen ländlichen Regionen.  
[www.wido.de](http://www.wido.de)

Die vollständige Studie befindet sich im Krankenhaus-Report 2008/2009.

## Zuzahlungen in der GKV: Klare Regelungen gefordert

Das Kieler Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) hat eine Studie zum Thema „Zuzahlungen im Gesundheitswesen – Grundlagen, internationale Vergleiche und Konzept für die Gesetzliche Krankenversicherung“ vorgestellt und darin klare Regelungen bei den Zuzahlungen gefordert. Beske kommt in der Studie zur Schlussfolgerung, dass „klare und einsehbare Regelungen bei Zuzahlungen und Festbeträgen im Rahmen eines Gesamtkonzepts“ gebraucht werden.

Das IGSF hat bei vergleichbaren europäischen Ländern die dort geltenden Zuzahlungsregelungen untersucht und einen Trend zur Erhöhung von Zuzahlungen festgestellt. Als Grund wird die zunehmende Schwierigkeit, Gesundheitssysteme zu finanzieren, gesehen. Schlussfolgerungen für Deutschland könnten aus dem Ländervergleich allerdings nicht gezogen werden.

Das Fritz Beske Institut empfiehlt unter anderem eine Vereinfachung der Härtefallregelungen bei chronisch Kranken auf einen einheitlichen Satz von 2% des Bruttoeinkommens und die Abschaffung der bestehenden Praxisgebühr. Eine Praxisgebühr von 10,- Euro sollte erst ab dem 4. Arztbesuch im Quartal erhoben und nicht in die Härtefallregelung einbezogen werden können. Entfallen sollte auch die Begrenzung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalten auf 28 Tage, weil sie keine Steuerungswirkung hat. Auch im Arznei- und Hilfsmittelbereich sowie bei der zahnmedizinischen

Versorgung werden Änderungen vorgeschlagen.  
[www.igsf-stiftung.de/](http://www.igsf-stiftung.de/)  
*Schriftenreihe, Band 111*

## Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen

Die Deutsche Bank Research sieht die soziale Pflegeversicherung in den kommenden Dekaden vor enormen Herausforderungen. Eine gemeinsam mit dem Institut für Soziologie der Universität Freiburg durchgeführte Untersuchung kommt zum Ergebnis, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 von derzeit 2,25 Mio. auf 4 Mio. steigen wird. In einer für die Pflegeversicherung günstigen Modellvariante steigt der Beitragssatz bis 2050 auf 3%; unter ungünstigen Modellannahmen auf fast 7%.

Das Institut zieht daraus die Schlussfolgerung, dass eine Reform der Pflegeversicherung dringend geboten ist. Leistungskürzungen werden allerdings abgelehnt. Bei den vorliegenden Reformvorschlägen (Einführung private Pflege-Pflicht-Versicherung bis hin zur Umstellung der Umlagefinanzierung auf ein Kapitaldeckungsverfahren) bietet nach Auffassung der Autoren keiner einen „Königsweg“ an. Wie auch bei der Rentenversicherung kann nach Auffassung der Deutschen Bank „wohl nur ein Bündel von Maßnahmen die demografischen Auswirkungen abmildern“. Zu diesem Bündel zählen beispielsweise mehr kleine und dezentrale Pflegeheime, um eine bessere wohnortnahe Versorgung von Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Dazu zählt auch der Ausbau von Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege, um einen besseren Mix häuslicher und ambulanter Pflege zu erhalten. Empfohlen werden die Einführung eines Pflegebudgets zur Förderung der häuslichen Pflege und die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege.  
[www.dbresearch.de](http://www.dbresearch.de)

## Teure Medikamente treiben Arzneimittel-ausgaben hoch

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) sieht den Trend zu teuren Medikamenten als Hauptursache für die um 1,4 Mrd. Euro gestiegenen Ausgaben für Arzneimittel im Jahr 2008. Dies entspricht gegenüber 2007 einem Anstieg von 5,5%. Nach den vorliegenden Ergebnissen des GKV-Arzneimittelindex im WiDO hat trotz sinkender Arzneimittelpreise der Trend zur Verordnung teurer Arzneimittel dazu beigetragen, dass die durchschnittliche Medikamentenverordnung um 3% teurer geworden ist. Angestiegen ist gleichzeitig die Zahl der verordneten Packungen um 2,4%.

Nach WiDO-Angaben waren für die Ausgabendynamik besonders die teuren Mittel mit Wirkung auf das Immunsystem und Fertigarzneimittel zur Therapie von Krebserkrankungen verantwortlich. Hier waren Umsatzanstiege um mehr als 100 Mio. Euro zu verzeichnen. Auch Mittel zur Behandlung von chronischen Volkskrankheiten, wie Schmerz- und Rheumamittel oder zur Behandlung von Diabetes, stiegen im Vergleich zu 2007 um 132 Mio. Euro bzw. 122 Mio. Euro kräftig an.

Eine der Ursachen für die im Jahr 2008 um 1,5% gefallenen Arzneimittelpreise sieht das WiDO darin, dass Krankenkassen zunehmend mit Herstellern Rabattverträge abschließen. Trotz dieser positiven Entwicklung im patentfreien Markt besteht für das WiDO die Notwendigkeit, die Transparenz im Arzneimittelmarkt zu verbessern.  
[www.wido.de](http://www.wido.de)

## Kostenerstattung in der GKV kein „Renner“

Der GKV-Spitzenverband hat für den Bundestag einen Bericht erstellt, in dem die Erfahrungen mit der erweiterten Möglichkeit, anstelle des Sachleistungsprinzips Kostenerstattung zu wählen, beschrieben



werden. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wurden die Wahlmöglichkeiten der Versicherten, Kostenerstattung auf bestimmte Leistungsbereiche zu beschränken, ausgedehnt. Gleichzeitig erhielt der GKV-Spitzenverband vom Gesetzgeber den Auftrag, zwei Jahre nach dem Inkrafttreten über die Erfahrungen mit der Neuregelung zu berichten. Dieser Erfahrungsbericht ist Mitte April 2009 über das Bundesgesundheitsministerium an den Bundestag weitergeleitet worden.

Die statistischen Analysen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass seit der Rechtsänderung zum 01.04.2007 ein leichter Anstieg der Zahl der Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, erkennbar ist. Allerdings kann nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes nicht abschließend geklärt werden, ob die Ursache dafür in der flexibleren Ausgestaltung der Kostenerstattung oder bei anderen Faktoren liegt. Grundsätzlich genutzt worden ist jedoch die neue Möglichkeit, Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche zu beschränken. In rund 2 / 3 der Fälle beschränkten sich Versicherte bei ihrer Wahl Kostenerstattung auf einen Leistungsbereich. Dies könne man, so die Schlussfolgerung des GKV-Spitzenverbandes, als Indiz werten, dass nach der Gesetzesänderung die Kostenerstattungsregelungen den Versicherteninteressen besser gerecht werden.

Das BMG kommt in seiner Stellungnahme zum Erfahrungsbericht des GKV-Spitzenverbandes zur Schlussfolgerung, dass eine generelle Einführung der Kostenerstattung bei den Versicherten auf geringe Akzeptanz stoßen dürfte. Auch unter dem Gesichtspunkt, die Transparenz und das Kostenbewusstsein der Versicherten zu verbessern, würde Kostenerstattung „an den Bedürfnissen der Versicherten vorbeigehen“.

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)  
BT-DRs.16/12639

## Krankenhäuser im Zeichen der Finanzkrise

Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) hat seinen fünften Krankenhaus Rating Report über die wirtschaftliche Lage deutscher Kliniken veröffentlicht. Darin werden auch die Auswirkungen der Finanzkrise und des Konjunkturpakets II auf die Kliniken untersucht.

Der Report 2009 kommt zum Ergebnis, dass sich die Kliniken in Deutschland aufgrund der Einflüsse von Finanzkrise und Konjunkturpaket II wirtschaftlich in einer Berg- und Talfahrt befinden. Das vergangene Jahr sei für die deutschen Kliniken wirtschaftlich eines der schlechtesten gewesen, während die Krankenhäuser 2009 vom Krankenhausfinanzierungsgesetz und vom Konjunkturpaket II profitieren dürften. Dadurch dürfte, so der Report, auch das durchschnittliche Insolvenzrisiko im Vergleich zu 2008 zurückgehen. Da die Jahresüberschüsse 2009 beträchtlich steigen, könnten dann drei Viertel aller Krankenhäuser schwarze Zahlen schreiben. Die Autoren des Reports erwarten allerdings, dass sich die Lage bereits 2010 wieder deutlich verschlechtern wird, wenn die Folgen der Finanzkrise auch die Gesundheitswirtschaft erreichen. Der Anteil der Häuser im „roten Bereich“ könnte sich dann bis 2020 auf fast 30 % erhöhen.

Bezüglich der Patientenströme zeigen sich im Vergleich zum vorangegangenen Krankenhaus Rating Report keine großen Veränderungen. München ist weiterhin die Behandlungsregion mit dem deutschlandweit größten Nettopatientenzustrom, gefolgt von Frankfurt a. M., Heidelberg, Hamburg und den Kernstädten des Ruhrgebiets. Medizinische Versorgungszentren und Investitionspauschalen erhöhen Effizienz. In Zukunft wird die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in denen sich Ärzte, Krankenhäuser, Heilmittlerbringer und andere mit dem Ziel einer gesteigerten Effizienz zusammenschließen können, voraussichtlich weiter wachsen. Mitte 2008

gab es bereits 1.150 MVZ mit mehr als 5.000 Ärzten, von denen drei Viertel fest angestellt waren.

[www.rwi-essen.de/mat](http://www.rwi-essen.de/mat)

## Gesundheitsausgaben 2007 um knapp 8 Milliarden Euro gestiegen

Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, betragen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2007 insgesamt 252,8 Milliarden Euro. Sie stiegen gegenüber dem Vorjahr um 7,8 Milliarden Euro oder 3,2%. Damit entsprachen die Ausgaben 10,4% des Bruttoinlandsproduktes oder gut 3.070 Euro je Einwohner. Trotz des Anstieges der Gesundheitsausgaben ist ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt im Vergleich zu 2006 gesunken (2006: 10,5%).

Größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen war die gesetzliche Krankenversicherung. Ihre Ausgaben stiegen im Jahr 2007 um 5,6 Milliarden Euro (+ 4,0%) auf 145,4 Milliarden Euro. Damit trug die gesetzliche Krankenversicherung 57,5% der gesamten Gesundheitsausgaben. Dieser Anteil steigt seit dem Jahr 2005 wieder an, nachdem er in den Jahren 1992 bis 2004 überwiegend rückläufig war.

Der Ausgabenanteil der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck betrug 13,5%. Sie zahlten mit 34,1 Milliarden Euro rund 600 Millionen Euro oder 1,8% mehr als im Jahr 2006. 23,5 Milliarden Euro oder 9,3% der Gesundheitsausgaben entfielen im Jahr 2007 auf die private Krankenversicherung. Ihre Ausgaben sind von 2006 auf 2007 um 1,0 Milliarden Euro (+ 4,3%) gestiegen.

[www.destatis.de](http://www.destatis.de)

## Zweiter Pflegegipfel in Berlin

Im Bundesministerium für Gesundheit fand Anfang April 2009

auf Einladung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt der sog. Zweite Pflegegipfel statt. Eingeladen waren Vertreter des Deutschen Pfliegerates, der Gewerkschaft ver.di, des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und weiterer Institutionen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich.

Ergebnisse dieses Gipfels sind „Handlungsempfehlungen für bessere Pflegebedingungen und mehr Qualität“. Darunter fällt ein Pflegestellen-Förderprogramm, mit dem in den nächsten drei Jahren bis zu 17.000 zusätzliche Pflegepersonalstellen in den Krankenhäusern geschaffen werden sollen. Dies soll insbesondere im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreform-Gesetzes erreicht werden. Weiterhin sollen Indikatoren für pflegerisch aufwendige Krankenhaufälle entwickelt werden, die eine genauere Abbildung des Aufwandes in den Fallpauschalen (G-DRG) ermöglichen. Schließlich soll ein Bündel von Maßnahmen zur Entwicklung und Erprobung neuer Arbeits- und Aufgabenteilungen sowie zur Nachwuchsförderung ergriffen werden, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen. Mit neuen Konzepten soll die Berufszufriedenheit der Pflege erhöht und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert werden. [www.bmg-bund.de](http://www.bmg-bund.de)

## Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten

Die Arbeitsmarktprojektion 2009 des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) sagt einen Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten um 340.000 voraus.

Nach der mittleren Variante der IAB-Projektion wird es im Jahresdurchschnitt 2009 rund 440.000 Erwerbstätige weniger geben (-1,1%). Mit 39,89 Millionen Personen wird die 40-Millionen-Marke wieder unterschritten. Die größte Gruppe der Erwerbstätigen, die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, wird im Jahresdurchschnitt um 340.000

Personen (-1,0%) auf 27,17 Millionen schrumpfen.

Auch die Zahl der Selbständigen und Mithelfenden nimmt ab. Ein wichtiger Grund dafür ist der Rückgang der geförderten Selbständigkeit. Nach der Änderung der Existenzgründungsförderung zum August 2006 wachsen 2009 die letzten Ich-AG-Betreiber aus der Förderphase heraus. Das Nachfolgeinstrument, der Gründungszuschuss, wird weit weniger in Anspruch genommen. Die geförderten wie die ungeforderten Selbständigen werden es in der bevorstehenden Schwächephase schwerer haben – ebenso wie die Arbeitnehmer. Deshalb wird mit insgesamt 30.000 weniger Selbständigen gerechnet, der Jahresdurchschnitt sinkt auf 4,43 Millionen.

Vom allgemeinen Rückgang der Arbeitsnachfrage sind auch die geringfügig Beschäftigten betroffen. Ihre Zahl dürfte 2009 um 60.000 sinken. Davon unberührt bleibt voraussichtlich die Zahl der Personen in sozialen Arbeitsgelegenheiten, den sogenannten Ein-Euro-Jobs. Sie war während der vergangenen drei Jahre leicht rückläufig, aber angesichts der angespannten Arbeitsmarktlage dürfte sich diese Tendenz nicht fortsetzen. Die Betreuer in der Grundsicherung werden versuchen, mindestens ebenso viele Arbeitslose wie bisher über einen Ein-Euro-Job in Erwerbstätigkeit am zweiten Arbeitsmarkt zu bringen. [www.iab.de](http://www.iab.de)

## GKV-Spitzenverband legt ersten Geschäftsbericht vor

Der GKV-Spitzenverband hat nach seiner Gründung am 01.07.2007 Anfang des Jahres seinen ersten Geschäftsbericht „Aufbruch und Verantwortung“ vorgelegt. Der Bericht „zeichnet ein Bild von den ersten Konturen der Errichtungsphase und dem weiteren Aufbau, der für die Selbstverwaltung, für Vorstand, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von intensiver Arbeit und der Herausforderung geprägt war.

Der GKV-Spitzenverband ist die Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und ihrer 70 Millionen Versicherten. Seine Gründung geht auf die Gesundheitsreform 2007 zurück. Neben der Interessenvertretung für die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen gestaltet er die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

Über 160 wettbewerbsneutrale Aufgaben für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sind auf den GKV-Spitzenverband übergegangen, die früher von sieben verschiedenen Spitzenverbänden erledigt wurden. Zum 01.01.2009 übernahm der GKV-Spitzenverband weitere Aufgaben, die neu aus dem GKV-Organisationsgesetz erwachsen sind. Dazu zählt z.B. die Aufgabe das neu aufzubauende Frühwarnsystem zur Vermeidung der Schließung oder der Insolvenz von Krankenkassen. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Mehrheit der Deutschen für elektronische Gesundheitskarte

Nach einer Studie der Techniker Krankenkasse begrüßen rund drei Viertel der Deutschen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Noch größer ist die Zustimmung bei den Teilnehmern aus den Testregionen. Skepsis gibt es vor allem bei den befragten Ärzten: Vier von fünf befragten Ärzten sprechen sich dafür aus, das System vor dem Start erst gründlich zu entwickeln. Neue Anwendungen wie die elektronische Patientenakte kommen bei ihnen jedoch mehrheitlich gut an.

Die Befragten schätzen vor allem, dass die Karte künftig wichtige Gesundheitsdaten rascher verfügbar machen soll. Sie versprechen sich davon eine höhere Diagnose- und auch Arzneimittelsicherheit. Auch die Perspektive, dass die eGK später einmal das Anlegen elektronischer Patientenakten mit der individuellen Krankengeschichte inklusive Laborbefunden, Operationsberichten und

Röntgenbildern ermöglichen wird, befürwortet eine deutliche Mehrheit der Befragten.

Kritik gab es vor allem beim geplanten Funktionsumfang zum Start. Sowohl Versicherte als auch Ärzte sehen es skeptisch, wenn eine elektronische Gesundheitskarte mit nur wenigen Basisfunktionen die bisherige Krankenversichertenkarte ablöst. Das Sicherheitskonzept der eGK überzeugt dagegen die meisten Krankenversicherten, nicht aber die Mehrheit der befragten Ärzte.

Bei der Erprobung der Karte wurde offenbar, dass zum Teil erheblicher Verbesserungsbedarf bei der Einbindung in die täglichen Arbeitsprozesse der Praxen besteht. Dennoch befürworten mehr als die Hälfte der befragten Ärzte in den Testregionen die eGK grundsätzlich.  
[www.tk-online.de](http://www.tk-online.de)

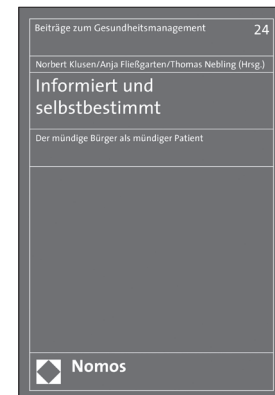
## Deutsche beklagen Verschlechterung der Gesundheitsversorgung

Bei der Vorstellung ihres Gesundheitsbarometers 2009 kam die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young zu dem Ergebnis, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung aus Sicht vieler Deutscher über die Jahre schlechter geworden ist. Insgesamt ist die große Mehrheit der Deutschen mit der Gesundheitsversorgung aber grundsätzlich zufrieden: 85% der Bundesbürger bewerten die Gesundheitsversorgung in ihrer Region positiv – jeder vierte ist sogar sehr zufrieden. Im Westen und Norden Deutschlands, vor allem in Hamburg und Bremen, ist die Zufriedenheit am höchsten.

Die besten Noten bekommen die Praktischen Ärzte: Insgesamt 90% der Befragten bezeichnen die medizinische Versorgung bei praktischen Ärzten als gut oder eher gut. Nur geringfügig schlechter schneiden Fachärzte mit 88% positiven Bewertungen ab. Krankenhäuser erhalten von 84% der Deutschen gute oder eher gute Noten.

Ein anderes Ergebnis der Befragung ist, dass Privatpatienten durchgängig zufriedener mit der ärztlichen Behandlung als gesetzlich Versicherte sind. Besonders deutlich sind diese Unterschiede beim Thema „Wartezeit“ - hier klagten nur 30% der Privatversicherten über zu lange Wartezeiten, während 52% der gesetzlich Versicherten dies kritisierten.  
[www.ey.com](http://www.ey.com)

## Die Entdeckung des mündigen Patienten



### Informiert und selbstbestimmt

Der mündige Bürger als mündiger Patient

Von Prof. Dr. Nobert Klusen, Anja Fließgarten, M.A. und Dipl.-Ges. oec. Thomas Nebling  
2009, 425 S., brosch., 54,- €, ISBN 978-3-8329-4474-2  
(Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 24)

Wie können mündige Patienten die Gesundheitsversorgung verbessern? Welche Handlungsstrategien lassen sich hieraus für Leistungserbringer, Krankenkassen und Gesundheitspolitik ableiten? Für alle, die an der Organisation der Gesundheitsversorgung unmittelbar oder mittelbar beteiligt sind, werden diese Fragen von Autoren verschiedener Disziplinen diskutiert.

