

Cornelia Bormann
Gesundheitswissenschaften
Einführung

Lösungshinweise
zu den Wiederholungsfragen



Kapitel 1: Grundzüge der Gesundheitswissenschaften: Definitionen, Entwicklungstendenzen und Prinzipien

Aufgabe 1:

Die Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich mit Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen; nicht das Individuum steht im Mittelpunkt des Interesses. Im Gegensatz zur Medizin liegt der Fokus auf Gesundheit und nicht auf Krankheit. Dabei geht es im Wesentlichen um die Verteilung des Gesundheitszustandes auf Bevölkerungsgruppen, Gründe für Unterschiede, Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und zur Verlängerung des Lebens sowie um eine bedarfsgerechte, angemessene und finanzierbare Gesundheitsversorgung.

Aufgabe 2:

Durch den 2. Weltkrieg und den dabei eingesetzten Mitteln der Rassenhygiene wurde die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland gestoppt. Erst ab den 50'er und besonders den 80'er Jahren des letzten Jahrhunderts konnte der Entwicklungsprozess wieder aufgenommen werden. Grund dafür waren zunehmende Probleme im Gesundheitswesen, die durch eine Zunahme der älteren Bevölkerung und Veränderungen im Krankheitsspektrum in Bezug auf chronische Krankheiten gekennzeichnet waren und für deren Lösung die Medizin an ihre Grenzen gestoßen ist.

Aufgabe 3:

Die Prinzipien Anwendungsorientierung, Bevölkerungs- und Systembezug, Sozialogenbezug sowie Multidisziplinarität kennzeichnen das gesundheitswissenschaftliche Arbeiten.

Kapitel 2: Gesundheit und Gesundheitskonzepte

Aufgabe 1:

Bei dem biomedizinischen Krankheitsmodell steht die Frage nach den Ursachen und der Behandlung einer Krankheit im Mittelpunkt des Denkens und Handelns. Im Rahmen des biomedizinischen Modells wird von einer einfachen Kausalität ausgegangen, indem gefragt wird: Welcher Keim, welches Virus oder Bakterium löst die Krankheit aus? (Pathogenese). Es wird also ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einem krankheitsauslösenden, ursächlichen Faktor und der Erkrankung angenommen.

Bei dem Risikofaktorenmodell geht man von der Annahme aus, dass mehrere Faktoren für das Auftreten einer Krankheit eine Rolle spielen, d.h. die Risikofaktoren erhöhen die Chance der Krankheitsentstehung. Im Risikofaktorenmodell geht man also nicht von einer einzigen Ursache für eine Krankheit aus, sondern viele Ursachen werden berücksichtigt, die Risikofaktoren genannt werden. Am besten untersucht sind die Risikofaktoren in Bezug auf die Entstehung eines Herzinfarktes. Durch das Risikofaktorenkonzept wurde die Präventivmedizin initiiert.

Aufgabe 2:

In dem soziologischen Modell von Krankheit und der Krankenrolle wird dabei davon ausgegangen, dass die Gesellschaft eine starke Bedeutung für das Leben des einzelnen Menschen hat. Damit das gesellschaftliche System funktionieren kann, stellt es hohe Anforderungen an das Individuum im Sinne von Leistungsfähigkeit und Erfüllung der sozialen Rollen. Kann ein Mensch diese Anforderungen aufgrund von Krankheit nicht erfüllen und ist er nicht leistungsfähig, erhält er die Krankenrolle. Die Krankenrolle entbindet den kranken Menschen von seinen üblichen Verpflichtungen; er ist damit für seine Krankheit nicht verantwortlich. Gleichzeitig hat aber der Kranke die Verpflichtung, möglichst schnell wieder gesund zu werden und dafür fachkundige Hilfe aufzusuchen. Der Medizin kommt in diesem Modell eine wichtige Aufgabe zu: sie legitimiert durch die Krankschreibung die Nichteinhaltung der normalen Rollenverpflichtung.

Schwächen dieses Konzeptes werden darin gesehen, dass die Krankenrolle nur für einen Teil der Gesellschaft anwendbar ist, da z.B. Kinder und ältere, nicht im Erwerbsleben stehende Menschen nicht einbezogen werden, aber auch für chronisch kranke oder behinderte Menschen kann es nur bedingt angewendet werden, da viele ihre Rollen trotz Erkrankung erfüllen. Dieses Modell ist jedoch heute noch sehr relevant, weil es die wichtige Rolle der Medizin im Prozess des Krankwerdens und Krankseins als Kontrollsystem bei der Definition von Krankheit deutlich macht. Nur der Arzt kann mit seinem Expertenwissen (z.B. durch eine Krankschreibung) festlegen, ob jemand mit den Anforderungen der Gesellschaft (noch) zu Recht kommt. Die subjektive Befindlichkeit findet dabei keine maßgebliche Berücksichtigung.

Aufgabe 3:

Bei sozialrechtlichen Fragen z. B. bei der Erstattung von medizinischen Leistungen durch die Krankenkassen spielt die juristische Sichtweise eine Rolle. Dann geht es darum zu beurteilen, welche Leistungen gemäß den Regelungen der Sozialgesetzbücher für Versicherte von den gesetzlichen Krankenkassen oder von der Rentenversicherung bezahlt werden können bzw. dürfen.

Die Frage nach der Klärung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse wird hauptsächlich von medizinischen und psychologischen Gutachtern bearbeitet. Das hat zur Konsequenz, dass eine starke Orientierung an medizinischen und psychologischen Krankheitsmodellen zu

beobachten ist. Verstärkt wird diese Orientierung in der Zukunft vermutlich dadurch, dass eine immer stärkere Evidenzbasierung in der medizinischen Behandlung gefordert wird. D.h. es sollen nur noch solche medizinischen Maßnahmen in den Gegenstandskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden oder darin verbleiben, für die durch klinische Studien die Wirksamkeit und der Nutzen belegt sind.

Aufgabe 4:

Das Definitionsmonopol über Krankheiten liegt heute bei der Medizin.

Kapitel 3: Der Gesundheitszustand der Bevölkerung

Aufgabe 1:

Da Gesundheit ein sehr komplexes Konzept ist und stark von sozialen und kulturellen Bedingungen abhängt, ist die Erfassung in empirischen Studien nicht sehr einfach. Man hat deshalb Hilfskonstruktionen herangezogen, um eine Annäherung an Gesundheit herzustellen. Dazu zählen: Gesundheitszufriedenheit, Lebenserwartung, subjektive Gesundheit, Lebensqualität, keine Krankheiten, keine Beschwerden, hoher Kohärenzsinn.

Aufgabe 2:

Für die Indikatoren, die Gesundheit abbilden gilt generell, dass Gesundheit stark von persönlichen und kulturellen Bedingungen abhängig ist und damit für Bevölkerungsbefragungen eher ungeeignet ist, dass Gesundheit vom Alter abhängig und wenig stabil über die Zeit ist und dass die sprachlichen Fähigkeiten, Gesundheit zu beschreiben, entsprechend der sozialen Lage begrenzt sein können; auch das erschwert den Einsatz in Bevölkerungsbefragungen.

Auf der anderen Seite hat sich gezeigt, dass die Frage nach der persönlichen Einschätzung des Gesundheitszustandes sehr valide ist, so dass daraus Konsequenzen für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Mortalität abgeleitet werden können.

Aufgabe 3:

Aus der nationalen Gesundheitsberichterstattung ist bekannt, dass sich seit 1990 die Lebenserwartung in Deutschland erhöht hat. Heute beträgt sie für Frauen 81,6 Jahre und für Männer 76 Jahre.

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ist ein Indikator für die Gesundheit, der für Deutschland mit Hilfe der Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey abgebildet werden kann. Auch hier ergibt sich ein positives Bild für Deutschland. Jeder fünfte Deutsche im Alter von über 18 Jahren schätzt seine Gesundheit im Jahre 2003 als sehr gut ein und nur jeder Hundertste als schlecht (RKI, 2006, S. 18). Nimmt man die Antwortkategorien ‚sehr gut‘ und ‚gut‘ zusammen, so empfinden drei Viertel der Befragten ihre Gesundheit positiv. Erwartungsgemäß nimmt der Anteil mit zunehmendem Alter ab, aber im Alter ab 65 Jahren sind es immer noch 54,1 % der Männer und 44,0 % der Frauen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut erleben (ebd.). Diese Raten sind in den letzten 10 Jahren annähernd stabil geblieben.

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich, wenn man die Gesundheitszufriedenheit erfragt. Für Männer ergibt sich im Vergleich mit den Frauen ein etwas höherer Zufriedenheitswert. Dieser Unterschied und damit auch das Ausmaß der Gesundheit sind in den letzten 10 Jahren relativ stabil geblieben.

Regionale Differenzen und Unterschiede aufgrund unterschiedlicher Lebenslagen beeinflussen dieses positive Bild

Aufgabe 4:

Der Fokus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt auf Krankheiten.

Kapitel 4: Medizin und Epidemiologie

Aufgabe 1:

Die Medizin beschäftigt sich mit der erkrankten Person und den Ursachen und Erscheinungsformen von Krankheiten, deren Erkennung und Behandlung sowie deren Verhütung, sie liefert Informationen über den Krankheits- und Gesundungsprozess sowie deren Beeinflussbarkeit. Diese Erkenntnisse sind für die Entwicklung von Maßnahmen und Programmen zur Prävention, Kuration, Versorgung und Rehabilitation Voraussetzung, wie sie die Gesundheitswissenschaften anstrebt.

Aufgabe 2:

Für die Arbeit in der Medizin steht der kranke Mensch im Vordergrund. Dem gegenüber zielen die Gesundheitswissenschaften auf ganze Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen sowie auf die Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit ab.

Aufgabe 3:

In Deutschland existieren verschiedene amtliche Datenquellen, wie etwa die jährlich neu zusammengestellte Bevölkerungsstatistik, die Todesursachenstatistik, die Krankenhausstatistik (Fälle nach Diagnosen und Kosten), die Gesundheitspersonalrechnung, die Gesundheitsausgabenrechnung, Kostenstrukturrechnung für Praxen von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, der Mikrozensus mit den Fragen zur Gesundheit, die Pflegestatistik für ambulante und stationäre Einrichtungen und Empfänger von Pflegegeldleistungen, die Statistik über meldepflichtige Krankheiten, die Statistik über Schwangerschaftsabbrüche und die Statistik der schwer behinderten Menschen. Daneben gibt es noch Datenquellen, die nicht bei dem Statistischen Bundesamt verfügbar sind, die häufig nur einen Teil der Bevölkerung umfassen oder die nicht regelmäßig erhoben werden, wie z. B. krankheitsbezogene Register, Ärztestatistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Routinestatistiken der GKV (Abrechnungen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlungsfälle, Arbeitsunfähigkeitsstatistik, Mutterschaftsvorsorgefälle, abgerechnete Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention, Kuren, Bestand an Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen, Personal der Krankenkassen sowie den Bundes-Gesundheitssurvey 1998.

Aufgabe 4:

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 ist eine repräsentative Querschnittsstudie einer bestimmten Altersgruppe in Deutschland. Sie umfasst somit Personen und nicht Fälle, wie bei der GKV-Routinestatistik. Ein weiterer Vorteil ist darin zu sehen, dass auch Aspekte der subjektiven Gesundheit und nicht nur die behandelte, abgerechnete Morbidität erfasst wird. Weiter können Angaben zu Gesundheit und Krankheit in Kombination mit der Lebenssituation und demographischen Angaben der Befragten ausgewertet werden. Damit kann man den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebenslage genauer untersuchen und bessere Anhaltspunkte für bedarfsgerechte, zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungs- und Versorgungsangebote gewinnen.

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurvey sind als Public Use File für die wissenschaftliche Öffentlichkeit verfügbar, während dies bei den GKV-Routinestatistiken gar nicht oder nur mit einem großen Aufwand möglich ist.

Aufgabe 5:

Die Angaben zu Morbidität und Mortalität müssen vollständig, reliabel und valide sein. Sie müssen als Public Use Files für die wissenschaftliche Öffentlichkeit zur Verfügung stehen und für externe Benutzer verständlich aufbereitet sein.

Ein Problem für die Nutzung stellt die Tatsache dar, dass die Datensätze bei vielen Datenhaltern zu finden sind, wie z.B. den einzelnen Krankenkassen mit ihren wissenschaftlichen Einrichtungen, dem Bundesministerium für Gesundheit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder bei einzelnen Registerstellen. Das macht den Zugang schwierig und zeitaufwändig. Häufig werden auch hohe Kosten für die Nutzung verlangt.

Kapitel 5: Sozialwissenschaften

Aufgabe 1:

Das Konzept der sozialen Schicht stammt aus der Soziologie und beschreibt die Verteilung von sozialen Ungleichheiten in einer Gesellschaft oder zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Die soziale Schicht wird durch die Faktoren Einkommen, berufliche Stellung und Qualifikation durch Bildung operationalisiert. Diese Faktoren werden manchmal alleine, manchmal in Kombination als Schichtindex dargestellt.

Aufgabe 2:

Vorteile: Die Indikatoren der sozialen Schicht sind relativ leicht in empirischen Studien zu erheben; eine Anpassung der Antwortkategorien an Veränderungen über die Zeit (z. B. Höhe des Einkommens) kann mit Hilfe von anderen Statistiken ohne Probleme vorgenommen werden.

Nachteile: Das Schichtkonzept ist sehr statisch und berücksichtigt Veränderungen im Lebensverlauf zu wenig; der Einfluss der einzelnen sozialen Faktoren auf die Verteilung der sozialen Ungleichheit in einer Gesellschaft und auf die Krankheitsentstehung ist nicht eindeutig geklärt; es existieren viele weitere Einflussgrößen, wie z.B. die Umwelt, Arbeitsbedingungen oder Wohnbedingungen, die die Resultate verfälschen können, wenn man sich nur auf die drei Faktoren der sozialen Schicht beschränkt. Die Komplexität des Lebens wird zu wenig berücksichtigt.

Aufgabe 3:

Es gibt im Wesentlichen 2 Erklärungsansätze, die plakativ gesprochen mit den Schlagworten ‚Armut macht krank‘ und ‚Krankheit macht arm‘ zusammengefasst werden können. Bei der ersten Annahme geht man davon aus, dass ökonomisch arme Menschen aufgrund ihrer Lebenssituation in schlechteren Wohngebieten wohnen, schlechtere Arbeitsbedingungen haben, nur wenig Geld besitzen, um sich gesunde Nahrungsmittel kaufen zu können oder Bewegungsangebote leisten können, dass sie die Zuzahlungen für den Arztbesuch oder für Medikamente nicht aufbringen können, so dass Krankheiten nicht sachgerecht behandelt werden können oder sich die Gesundheit verschlechtert.

Die zweite These besagt, dass kranke Personen aufgrund ihrer Erkrankung nicht arbeiten können, damit ein geringeres oder kein Einkommen haben und somit immer tiefer abrutschen in der sozialen Hierarchie.

Aufgabe 4:

Das Konzept der sozialen Unterstützung geht davon aus, dass Art, Umfang und Qualität der sozialen Beziehungen eines Menschen für seine Gesundheit relevant sind. Soziale Beziehungen haben einerseits einen direkten positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und damit auf die Gesundheit, andererseits wirken sie bei der Bewältigung von Krankheiten und belastenden Lebensumständen unterstützend im Sinne einer sozialen Ressource.

Kapitel 6: Verhaltenswissenschaften/Psychologie

Aufgabe 1:

Durch die psychologischen Theorieansätze können im Rahmen der Gesundheitswissenschaften das Verständnis von Gesundheits- und Krankheitsverhaltensweisen und Strategien zur Krankheitsbewältigung verstanden werden. Sie dienen dazu, Motivationen und Formen der Verhaltensregulation zu beschreiben, zu verstehen und für die Entwicklung von (präventiven und therapeutischen) Maßnahmen zu nutzen.

Aufgabe 2:

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung beinhaltet 6 Stadien. Dazu zählen die Precontemplation, d.h. die Absichtslosigkeit, das Verhalten zu ändern, die Contemplation, d.h. die Bewusstwerdung der Notwendigkeit einer Verhaltensänderung, die Vorbereitung (Preparation) auf eine Verhaltensänderung, der Vollzug der Verhaltensänderung (Action), die Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung (Maintenance) und die Stabilisierung des neuen Verhaltens (Termination).

Aufgabe 3:

Die Kritik an dem Transtheoretischen Modell zur Verhaltensänderung bezieht sich vor allem auf folgende Punkte: Unklarheiten und Probleme bei der Abgrenzung der einzelnen Stadien, Validität der Stufeneinteilung, Verzerrungen der Resultate aus den empirischen Studien bei der Rekrutierung der Teilnehmer (Veränderungsbereite haben im Wesentlichen teilgenommen), Inkonsistenz der Verhaltensänderungsstrategien in der Realität vorhanden, im Modell aber zu wenig berücksichtigt und Nachweis des Zusammenhangs zwischen Verhaltensänderung und Senkung der kardiovaskulären, physiologischen Risikofaktoren und Krankheiten steht noch aus.

Kapitel 7: Politische Wissenschaften/Gesundheitspolitik

Aufgabe 1:

Es gibt in der GKV jeweils drei Wirk- und Gestaltungsprinzipien.

Die Wirkprinzipien beinhalten das Äquivalenzprinzip, das die Grundlage jeder privaten Sicherung darstellt, indem Beiträge und Leistungen sich entsprechend dem Versicherungsrisiko entsprechen müssen; das Solidaritätsprinzip, bei dem jeder Bürger Beiträge zur Versicherung nach seinem persönlichen Vermögen zahlt und Leistungen nach seinem Bedarf erhält; es gibt einen Solidarausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen durch die Abhängigkeit des Beitrages vom beitragspflichtigen Einkommen, zwischen Beitrag zahlenden Mitgliedern und beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und zwischen Gesunden und Kranken. Das Subsidiaritätsprinzip das von der Annahme ausgeht, dass jede soziale Sicherung nicht vollständig durch den Staat getragen werden kann, sondern dass sich zunächst jede Einheit selbst helfen muss, bevor die Ressourcen der übergeordneten Einheit in Anspruch genommen werden können.

Die Gestaltungsprinzipien beinhalten das Versicherungsprinzip, d. h. ein abschätzbares Risiko, das jedes Mitglied der Gemeinschaft treffen kann, wird von dieser gemeinsam durch die Zahlung von Beiträgen getragen; das Versorgungsprinzip, durch das ein Anspruch auf Leistungen durch besondere Tätigkeiten erworben wird, und das Fürsorgeprinzip, das eine Absicherung im Notfall ohne Beitragszahlung vorsieht.

Aufgabe 2:

Das GKV-WSG von 2007/8 hat folgende Schwerpunkte:

- Verminderung des bürokratischen Aufwands bei allen Beteiligten,
- Zukünftige Finanzierung der Gesundheitsausgaben der GKV für gesamtwirtschaftliche Aufgaben aus Steuermitteln (z.B. beitragsfreie Mitversicherung von Kindern),
- Einführung einer Krankenversicherung für alle ab 1.1.2009 (Basistarif) - Versicherungspflicht,
- Bundeseinheitliche Festlegung des Beitragssatzes für alle Krankenkassen ab 1.1.2009 15,5 % seitens des BMG,
- Etablierung eines Gesundheitsfonds ab 1.1.2009, in den die Beiträge der Arbeitgeber, der Sozialversicherungsträger, der Mitglieder der Krankenkassen, Zuschüsse des Bundes fließen,
- Auflösung der 7 Spitzenverbände der Krankenkassen, so dass nur noch ein Verband auf Bundesebene agiert,
- Ermöglichung von kassenartenübergreifenden Fusionen zwecks Verschärfung des Wettbewerbs,
- Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MorbiRSA) zwecks Umverteilung der Mittel zwischen den Kassen nach den Risikostrukturen der Versicherten,
- Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung durch Zulassung von Palliative Care-Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal,
- Gewährung eines Rechtsanspruches auf Rehabilitation (geriatrische Rehabilitation),
- Gewährung eines Rechtsanspruches auf häusliche Krankenpflege,
- Ausweitung der Pflichtleistungen auf Impfungen und Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen,
- Verbesserung der Übergänge vom Krankenhaus in die Rehabilitation und Pflege,

- Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser,
- Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln,
- Ermöglichung der Abgabe von einzelnen Tabletten an Patienten,
- Einführung einer neuen Vergütungsordnung mit festen Euro-Preisen,
- Einführung einer Rabattgewährung von 2,30 Euro pro Medikament (bisher 2,00 Euro) durch Apotheker,
- Einholung einer Zweitmeinung durch den Arzt vor der Verordnung teurer Medikamente.

Aufgabe 3:

Die Gesundheitswissenschaften können den Gesetzgebungsprozeß begleiten und helfen, bestehende Versorgungsstrukturen zu evaluieren, Defizite aufzuzeigen, Ansatzpunkte für neue Strukturen sowie Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, die durch politisches Handeln umgesetzt werden müssen, zu entwickeln und deren Implementierung im Hinblick auf ihre Effektivität und Effizienz zu bewerten. Damit können die Gesundheitswissenschaften helfen, eine Politik- und Gesetzesfolgenabschätzung für Deutschland zu etablieren. Leitende Frage muss dabei sein, ob die gesundheitspolitischen Reformen allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zu Gute kommen, ob besondere soziale Härten und Benachteiligungen auftreten und wie diese ggf. beseitigt werden können.

Kapitel 8: Wirtschaftswissenschaften/ Gesundheitsökonomie

Aufgabe 1:

Die Gesundheitsökonomie ist im Rahmen der Gesundheitswissenschaften besonders hilfreich, wenn Evaluationsstudien durchgeführt werden sollen, die auch eine ökonomische Bewertung von Behandlungs-, Versorgungs- und Präventionsleistungen ermöglichen sollen oder die eine Prioritätensetzung für weitere politische Aktionen verlangen. So können durch gesundheitsökonomische Evaluationen Entscheidungen z.B. bei der Auswahl von präventiven Maßnahmen unter Berücksichtigung von Effektivitäts- und Effizienzüberlegungen erleichtert werden, so dass ein Anbieter nicht nur die besten, sondern auch die kostengünstigsten Maßnahmen auswählen kann.

Aufgabe 2:

In der gesundheitspolitischen Diskussion um Kostenbegrenzungen im Gesundheitswesen spielen einerseits eine Reduzierung der Ausgabenseite, z. B. durch Verringerung des Leistungskatalogs der GKV, und andererseits die Verbesserung der Einnahmenseite, z. B. durch eine Erhöhung der Zuzahlungen durch den Versicherten, eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrenze und der Einbeziehung aller verfügbaren Einkommen (Miet- und Zinseinnahmen), eine Rolle.

Aufgabe 3:

Im Rahmen von gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien werden hauptsächlich Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen, Kosten-Minimierungs-Analysen durchgeführt. Die Kritik an diesen Analyseformen bezieht sich einerseits auf die ungenaue monetäre Erfassung des Nutzes und andererseits auf die mangelhafte Berücksichtigung der Patientenperspektive bei der Charakterisierung von Wirksamkeit und Erfolg.

Kapitel 9: Gesundheitsförderung und Prävention

Aufgabe 1:

Die Prävention hat die Verhütung der Entstehung und Verschlimmerung von Krankheiten und Krankheitsrisiken zum Ziel. Damit ist sie in ihren Ansätzen an der Medizin orientiert und legt den Schwerpunkt auf die Pathogenese. Der erkrankte Mensch stellt den Ansatzpunkt für das Handeln dar.

Gesundheitsförderung geht demgegenüber von der Gesundheit aus und will die Prozesse, die die Gesundheit erhalten und fördern, erforschen und verbessern, d. h. es geht um die gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen der Menschen. Die Salutogenese ist somit das Handlungsmodell. Dabei beruht der Blickwinkel nicht nur auf dem Individuum, sondern auch auf Strukturen und Lebensräumen.

Aufgabe 2:

Primäre Prävention beinhaltet die Verhinderung des Neuauftretens einer Krankheit bei gesunden Personen, sie setzt also vor Eintritt einer Erkrankung an und hat die Verringerung der Inzidenz zum Ziel (z. B. Ernährungsberatung bei gesunden, nicht adipösen Menschen). Sekundärprävention dient der Krankheitsfrüherkennung bzw. der Erkennung von Frühstadien einer Erkrankung, so dass eine Krankheit nicht voranschreitet (z. B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen). Bei der Tertiärprävention geht es um die Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen (z. B. Herz-Sportgruppen für Herzinfarkt-Patienten).

Aufgabe 3:

Inhaltliche Schwerpunkte der Gesundheitsförderung sind Empowerment, Partizipation, Setting-Ansatz.

Aufgabe 4:

Mit Hilfe der Gesundheitswissenschaften können auf Zielgruppen abgestimmte Ziele, Zugangswege, Interventionstypen und Verantwortlichkeiten für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bestimmt werden, Wege der Erprobung von neuen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen beschritten, geeignete Ergebnisparameter für die Evaluation dieser Maßnahmen hinsichtlich deren Effektivität entwickelt, ein System der kontinuierlichen Qualitätssicherung erarbeitet, Transparenz über effektive Maßnahmen hergestellt und eine bessere Abstimmung der Anbieter von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen herbeigeführt werden.

Kapitel 10: Ambulante und gesundheitliche Versorgung

Aufgabe 1:

Folgende Niederlassungsformen in der ambulanten ärztlichen Versorgung existieren in Deutschland:

- die Einzelpraxis, d.h. ein einzelner Arzt versorgt mit Unterstützung von Arzthelferinnen Patienten und Patientinnen in seiner Praxis; er rechnet seine Leistungen mit der KV ab.
- Praxisgemeinschaft, d. h. mehrere Ärzte nutzen die Räumlichkeiten, rechnen aber getrennt ab und haften jeder einzeln.
- die Gemeinschaftspraxis, d.h. mehrere Ärzte nutzen die Räumlichkeiten gemeinsam und rechnen ihre Leistungen gemeinschaftlich bei der KV ab; die Vertretung im Krankheits- und Urlaubsfall wird gemeinschaftlich geregelt.
- Medizinische Versorgungszentren, d.h. eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in der Vertragsärzte und angestellte Ärzte allein oder zusammen mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern tätig werden.

Aufgabe 2:

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern existiert in Deutschland eine zu starke Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, obwohl die Morbiditätslast nicht deutlich höher ist. Die höhere Inanspruchnahme kann als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet werden, wenn diese durch den Arzt durch Wiedereinbestellungen oder häufige Überweisungen begründet ist. Auch können finanzielle Anreize durch das Vergütungssystem oder Leistungsausweitungen eine Rolle bei der angebotsinduzierten Nachfrage spielen. Auf der Nachfrageseite, den Patienten, ist vor einigen Jahren die Inanspruchnahme eines Arztes durch die Krankenversicherungskarte sehr leicht gewesen, was zu einer gleichzeitigen Inanspruchnahme mehrerer Ärzte führte. Durch Einführung der Praxisgebühr und des Hausarztmodells wurde dies verändert.

Aufgabe 3:

Im Laufe der letzten Jahre wurden folgende Versorgungsformen in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt: DMP's, Hausarztmodell und Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Alle diese Versorgungsformen sollen die Qualität der Versorgung verbessern und gleichzeitig Kosten reduzieren.

Der Vorteil von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP's) ist u. a. darin zu sehen, dass die Behandlung des Patienten auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht, dass eine kontinuierliche Verlaufskontrolle gesichert ist, so dass Verschlechterungen frühzeitig erkannt werden, und dass damit Kosten durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen eingespart werden können. Als Nachteil wird von Patientenseite angesehen, dass man sich für diese Versorgungsform einschreiben muss und damit nicht so leicht den Arzt bei der betreffenden Indikation wechseln kann. Ärzte äußern folgende Nachteile: Aufgabe der ärztlichen Autonomie aufgrund der notwendigen Orientierung an Leitlinien, großer Dokumentationsaufwand (viel Bürokratie).

In dem Hausarztmodell fungiert der Hausarzt als Lotse durch das System der gesundheitlichen Versorgung. Vorteile für den Patienten sind: ein Ansprechpartner, der über das weitere Versorgungsgeschehen wacht, Aufbau einer längerfristigen Vertrauensbasis zum Arzt leichter möglich, Praxisgebühr muss nur einmal im Quartal gezahlt werden. Die Nachteile betreffen besonders die Schwierigkeiten beim Wechsel des Hausarztes, wenn man einmal eingeschrieben ist. Die Vorteile beim Arzt beziehen sich auf die bessere Kalkulierbarkeit seiner Vergütung, wenn ein Patient erst einmal eingeschrieben ist.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben für den Arzt und Patienten den Vorteil einer kontinuierlichen, sektorübergreifenden Versorgung, der leichteren und schnelleren Kommunikation und Abstimmung der Behandlung und der Vermeidung von Brüchen in der Versorgung. Nachteile für die Versicherten könnten die schlechte Erreichbarkeit (weite Entfernung) und die fehlende Evaluation dieser Versorgungsform sein.

Aufgabe 4:

Folgende Aufgaben könnten die Gesundheitswissenschaften bei der Neugestaltung des ambulanten Sektors übernehmen: Beschreibung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im ambulanten Sektor, Eruiierung von Defiziten, Problemen und Entwicklungstendenzen in der ambulanten Versorgung, Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung von neuen, bedarfsgerechten Behandlungsprogrammen und –formen, Evaluation dieser Programme sowohl in Bezug auf die Konsequenzen für den Versicherten als auch für das Gesundheitsversorgungssystem.

Kapitel 11: Stationäre gesundheitliche Versorgung

Aufgabe 1:

Die Bundesländer sind für die Investitionskosten der Plankrankenhäuser, die in dem Krankenhausbedarfsplan aufgeführt sind, d. h. für die Kosten zur Errichtung, Instandsetzung oder Renovierung der Krankenhäuser zuständig; die Krankenversicherungen müssen die laufenden Betriebskosten für die Versicherten übernehmen, d.h. sie zahlen Benutzerentgelte, wie Pflegepauschalen oder Pflegesätze.

Aufgabe 2:

U. a. durch die Einführung von Fallpauschalen sind die Verweildauern von GKV-Patienten in den letzten 15 Jahren gesunken, bei gleichzeitiger Zunahme der Krankenhaus-Behandlungsfälle. Ebenso hat sich die Bettenanzahl bei den öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern verringert, während sie bei den privaten Einrichtungen gestiegen ist, aber noch deutlich unter dem Niveau der öffentlichen und gemeinnützigen liegt. Generell kann man zukünftig davon ausgehen, dass sich im Rahmen der GKV sowohl die Verweildauern als auch die Betten weiter reduzieren werden.

Aufgabe 3:

Fallpauschalen wurden eingeführt, um durch eine Verkürzung der Verweildauer in einer stationären Einrichtung die Kosten zu senken. Dafür wurden für unterschiedliche Diagnose-Gruppen Pauschalen für die Vergütung der Krankenhausleistungen festgelegt. Diese sind bundesweit einheitlich.

Aufgabe 4:

Herz-/Kreislaufkrankheiten sowie Krebserkrankungen sind am häufigsten die Ursachen für eine Krankenhausbehandlung. Die im Durchschnitt meisten Tage verbringen aber Patienten mit psychischen Störungen in einer stationären Einrichtung.

Aufgabe 5:

Ab dem Alter von etwa 65 Jahren nimmt die Inanspruchnahme von stationären Leistungen deutlich zu.

Kapitel 12: Rehabilitation

Aufgabe 1:

Die Orientierung an der ICF in der Rehabilitation hat zur Folge, dass nicht nur medizinische, personale Faktoren, sondern auch verstärkt psychosoziale Aspekte bei der Gewährung von Rehabilitations- und Rentenleistungen eine Rolle spielen. Durch die ICF werden die Auswirkungen von Krankheiten und Behinderungen auf die Lebenssituation betroffener Menschen berücksichtigt. Bei der ICF geht es im Wesentlichen um die Wechselwirkung von Menschen und Umwelt, Ressourcenorientierung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Aufgabe 2:

Häufig wurde Kritik an der Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen geübt. Dies veranlasste die Rentenversicherung vor einigen Jahren, ein System der Qualitätssicherung aufzubauen. Dieses System beinhaltet unter anderem verbesserte Dokumentationen der durchgeführten therapeutischen Leistungen während der Rehabilitation, Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz einzelner Rehabilitationsleistungen durch Kosten-Nutzen-Analysen und andere, Befragungen von Teilnehmern an einer Rehabilitationsmaßnahme zur Zufriedenheit mit und zum Erfolg der Rehabilitation, zu notwendigen Unterstützungsleistungen für die Zeit nach der Rehabilitation und zu Rehabilitationszielen etc. oder die Durchführung von Modellprojekten zur Regelung eines besseren Zugangs zur Rehabilitation, die bisher nur auf Antrag des Versicherten zustande kommt, sofern es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt handelt.

Aufgabe 3:

Durch die Intension der Bundesregierung, die Erwerbsphase bis zum 67. Lebensjahr zu verlängern, durch die Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus und durch die Zunahme chronischer Krankheiten bei einer alternden Bevölkerung wird die medizinische und berufliche Rehabilitation immer wichtiger. Um die daraus entstehenden Anforderungen meistern zu können, wird es zukünftig notwendig werden, die Reha-Forschung zu verstärken, um genauere Aussagen zur Effektivität und Effizienz der Rehabilitation machen zu können; eine Verbesserung der Vernetzung und Abstimmung von Rehabilitationseinrichtungen mit den anderen Systemen der Gesundheitsversorgung vorzunehmen, die niedergelassenen Ärzte besser in die Rehabilitation einzubinden sowie mehr Fort- und Weiterbildung für sie zur Rehabilitation anzubieten, den Zugangs zu Rehabilitationsmaßnahmen für Versicherte/Patienten zu verbessern, neue Konzepte zur Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitation zu entwickeln, die Patientenwünsche stärker zu berücksichtigen und das Qualitätsmanagement zu forcieren.

Kapitel 13: Pflege

Aufgabe 1:

Durch die soziale Pflegeversicherung können sowohl Sach- als auch Geldleistungen abhängig von der durch den MDK attestierten Pflegestufe im stationären und ambulanten Bereich in unterschiedlicher Höhe gewährt werden. Generell kann man folgende Leistungsarten unterscheiden: Pflegegeldzahlungen für die häusliche Pflege für privat organisierte Pflegepersonen, Pflegesachleistung für einen ambulant tätigen Pflegedienst, teilstationäre Pflegeleistungen und Leistungen für die Dauerpflege in einem Heim (vollstationäre Versorgung).

Aufgabe 2:

Die starke Zunahme von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist durch eine Zunahme des Bedarfs an Pflegeleistungen aufgrund der Alterung der Bevölkerung und der damit zusammenhängenden Zunahme der Pflegebedürftigkeit und Morbiditätslast bedingt. Für die Eröffnung einer Pflegeeinrichtung müssen einige, gesetzlich vorgeschriebene Anforderungen erfüllt werden, die die Anstellung einer ausgebildeten Pflegekraft für die Leitung der Einrichtung oder die Verpflichtung zur Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems umfassen. Damit soll die Qualität der Versorgung sichergestellt werden.

Nach SGB XI müssen die Pflegekassen Versorgungsverträge mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen abschließen, in denen Art, Umfang und Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen festgeschrieben werden, zu denen die Einrichtung gegenüber dem zu Pflegenden verpflichtet ist. Die Pflegeeinrichtung muss zusätzlich zu dem Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen einen gesonderten Pflegevertrag mit jedem Pflegebedürftigen abschließen. In diesem Vertrag werden Art, Inhalt und Umfang der für den einzelnen Pflegebedürftigen zu erbringenden Leistungen sowie die dafür vereinbarte Vergütung festgelegt.

Das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage bestimmt im Wesentlichen die Angebotsstrukturen.

Aufgabe 3:

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante, pflegerische Versorgung der Versicherten ist den Pflegekassen per Gesetz übertragen worden. Eine staatliche Kapazitätsplanung existiert nicht.

Aufgabe 4:

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass sich einerseits der Anteil der älteren Menschen und auch der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2050 deutlich vergrößern wird, andererseits wird das häusliche Pflegepotenzial (durch den Partner, die Kinder oder nicht-familiale Pflegepersonen) aufgrund steigender Erwerbsquoten von Frauen, mehr Einpersonenhaushalte oder kultureller Veränderungen in Bezug auf die Pflegebereitschaft abnehmen. Damit werden mehr professionelle und außerfamiliäre Pflegemöglichkeiten immer wichtiger. Das bedeutet aber auch, dass sich die Pflege stärker zu einem gesellschaftlich angesehenen, gut bezahlten Beruf entwickeln muss, um genügend Pflegekräfte rekrutieren zu können. Andererseits könnte das zu weiteren Finanzierungsproblemen führen.

Durch die geplante Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der den Leistungsumfang der Pflegekasse begründet und der zukünftig die Situation und den Betreuungsbedarf von an Demenz Erkrankten berücksichtigen soll, wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen vergrößern. Das hat zur Folge, dass die Pflegekassen vermutlich nicht mehr mit dem geplanten Budget auskommen werden. Zur Lösung dieses Problems bieten sich verschiedene Möglichkeiten an, wie die Erhöhung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung, Einführung eines zusätzlichen, Kapital gedeckten Beitragsarmes, Kürzung des durch die Pflegeversicherung zu finanzierenden Leistungskatalogs, Erleichterung der Übernahme von Pflegeaufgaben durch Familienangehörige oder Freunde, Etablierung von weniger personalintensiven Pflegekonzepten durch technische Assistenzsysteme.

Aufgabe 5:

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff begründet den Leistungsumfang der Pflegekasse. Bisher war er stark an Defiziten bei den Alltagskompetenzen mit einer rigiden Berechnung des Zeitaufwands für die Pflege orientiert. Damit wurden die Belange von demenziell Erkrankten zu wenig berücksichtigt. Demenziell Erkrankte bedürfen einer viel stärker ausgeprägten allgemeinen Betreuung und Beaufsichtigung, wie sie bisher nicht im Leistungskatalog der Pflegekassen vorgesehen ist. Es wird angenommen, dass sich die Anzahl der Personen mit Demenz zukünftig drastisch erhöhen wird. Würde man den Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht in Bezug auf die Situation von Dementen verändern, würden sie keine Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung erhalten.

Kapitel 14: Zahnmedizinische Versorgung

Aufgabe 1:

Parodontalerkrankungen und Karies sind bei Kindern in den letzten 10 Jahren deutlich zurückgegangen. Weniger erfolgreich waren die Anstrengungen zur Verbesserung der Mundgesundheit bei Jugendlichen ab 15 Jahren.

Aufgabe 2:

Maßnahmen zur Erhaltung der Mundgesundheit gibt es viele. An erster Stelle stehen Fluoridierungsmaßnahmen, die die Benutzung fluoridhaltiger Zahnpasten, Fluoridierung des Trinkwassers oder des Speisesalzes umfassen können. Durch Fluoride wird die Remineralisierung des Zahnschmelzes unterstützt, so dass es zu einer Reduktion von Karies kommt. Eine weitere effektive Präventionsmaßnahme, die bereits im Kindesalter durchgeführt und von der GKV bezahlt wird, betrifft die Gruppen- und Individualprophylaxe. Im Rahmen der Gruppenprophylaxe werden Untersuchungen zur Entdeckung von Zahnproblemen bei Kindern und Jugendlichen in Kindergärten und Schulen durchgeführt; dabei kommen die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimsenkung zur Anwendung. Im Rahmen der Individualprophylaxe hat die Fissurenversiegelung an Bedeutung gewonnen.

Aufgabe 3:

Maßnahmen zur Eingrenzung der Kostensteigerungen von zahnmedizinischen Leistungen in der GKV beziehen sich im Wesentlichen auf die Erhöhung der Zuzahlungen durch den Versicherten, die Etablierung von Festzuschüssen für Zahnersatz und die „Belohnung“ aufgrund regelmäßiger, jährlicher Zahnarztbesuche durch einen höheren finanziellen Anteil der Kostenübernahme durch die GKV.

Aufgabe 4:

Gerade bei älteren Menschen können zukünftig vermehrt Parodontitis und Wurzelkaries auftreten, weil immer mehr Zähne in der Mundhöhle verbleiben und diese somit Entzündungsrisiken ausgesetzt sind. Auf der anderen Seite wird die Anzahl der Totalprothesenträger unter den älteren Menschen abnehmen bzw. der Schritt zu Zahnlosigkeit in einem höheren Alter als bisher erfolgen. Hier wird es notwendig werden, zukünftig spezielle Behandlungsangebote für Hochbetagte zu entwickeln und stärker eine zugehende Betreuung im Alten- oder Pflegeheim anzubieten.

Zudem wird es wichtig sein, den Weg von der kurativen zur präventiven Zahnheilkunde weiter auszubauen, um eine bessere Vorsorgeorientierung zu gewährleisten.

Eine andere Entwicklungsperspektive betrifft die technischen Möglichkeiten der Zahnbehandlungen, wie z. B. implantologische Maßnahmen, die an Bedeutung zunehmen werden. Im Sinne einer Qualitätssicherung müssen hier im Vorfeld einer Implantierung stärker die Risiken und Komplikationen abgeschätzt und in die Behandlung einbezogen werden. Im Bereich der Implantologie sind zudem mehr Studien zur Überlebenswahrscheinlichkeit, zu Komplikationen und zur Lebensqualität durchzuführen, um zuverlässige Aussagen zur Qualität der Versorgung machen zu können. Ebenso fehlen Studien zur Qualität und Effektivität der kieferorthopädischen Behandlung. Zusammenfassend kann man formulieren: mehr Prävention, mehr zugehende Behandlungsansätze und damit Patientenorientierung, mehr Qualitätssicherung und Wirksamkeitsuntersuchungen sind zukünftig in der Zahnmedizin notwendig.

Kapitel 15: Arzneimittelversorgung

Aufgabe 1:

Die Kosten im Arzneimittelsektor sind in den letzten Jahren deutlich angestiegen, so dass sie seit 2005 an der zweiten Stelle der Gesamtausgaben der GKV nach den Kosten für stationäre Leistungen liegen. Sie liegen damit vor den Kosten für ambulante medizinische Behandlungen.

Aufgabe 2:

Die höchsten Kostensteigerungen im Arzneimittelmarkt verursachen die patentgeschützten Arzneimittel, an denen die Arzneimittelhersteller auch am meisten verdienen.

Am häufigsten verordnet werden Medikamente gegen Herz-/Kreislaufkrankheiten, Schmerzen, Stoffwechselkrankheiten inkl. Diabetes, Magen-Darm-Krankheiten und rheumatische Erkrankungen.

Aufgabe 3:

Die Gesundheitspolitik hat vielfältige Instrumente zur Reduzierung der Ausgabensteigerungen für Arzneimittel in der GKV eingesetzt. Dazu zählen die Herausnahme der Erstattungspflicht von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten aus dem GKV-Leistungskatalog, die Erhöhung des Herstellerrabatts für die Krankenkassen und die Anhebung der Zuzahlungen durch Versicherte. Denkbar wären aber auch Maßnahmen wie Allgemeine Positiv- und Negativlisten, Positiv-Listen einzelner Krankenkassen, Zentrale Preisfixierung, Preisverhandlung oder Ausschreibung durch den Staat, Staatliche Gewinnkontrolle der Unternehmen, Förderung preiswerter Importarzneimittel sowie Re- und Parallelimporte, Ausweitung der Festbetragsregelung auch auf patentgeschützte Medikamente, d.h. Festsetzung von Erstattungsobergrenzen auf der Grundlage pharmakoökonomischer Studien, Senkung der Festbeträge, Senkung der Mehrwertsteuer, Erhöhung und/oder Änderung der Selbstbeteiligung der Patienten, z.B. durch Übergang zu einer indikationsspezifischen oder prozentualen Selbstbeteiligung.

Aufgabe 4:

Unter der vierten Hürde wird verstanden, dass das bisherige Zulassungsverfahren, das sich auf die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Medikamentes bezieht, um den Nachweis der Wirtschaftlichkeit erweitert werden sollte. Eine pharmakoökonomische Bewertung neuer Arzneimittel soll also die Erstattungsfähigkeit aus dem Leistungskatalog der GKV bestimmen.

Aufgabe 5:

Viele Fragen in Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung und dem Arzneimittelkonsum sind in Deutschland in Bezug auf den Nutzen für die Versicherten nicht geklärt. Dazu zählen z. B. Aspekte der Arzneimittelsicherheit, Gründe für Über-, Unter- und Fehlversorgungen, Vergleich der Effizienz der Arzneimitteltherapie mit anderen Therapieansätzen, Erfahrungen und Umgang mit Arzneimittel-Nebenwirkungen, Art der Gestaltung von Informationsangeboten über Arzneimittelwirkungen und Nebenwirkungen für Versicherte, Auswirkungen der vermehrt eingeführten Zuzahlungen für die Versicherten etc.. Dafür ist es notwendig, mehr, von den Interessen der Pharmaindustrie unabhängige und

an den Bedürfnissen und Bedarfen der Patienten orientierte Studien durchzuführen, damit sich die Versorgungsqualität und Bedarfsgerechtigkeit erhöht.

Kapitel 16: Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Aufgabe 1:

Mit Zunahme der älteren Bevölkerung und des aufgrund von Multimorbidität vorherrschenden Unterstützungsbedarfs nimmt auch die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aus dem Heil- und Hilfsmittelbereich zu, was wiederum zu einem Anstieg der Kosten führt. Gleichzeitig hat auch die Anzahl der Anbieter entsprechender Leistungen zugenommen, was die Nachfrage erhöht. Weiter bietet die verstärkte technische Entwicklung immer mehr innovative Therapie-Ansätze, was ebenfalls die Kosten in diesem Bereich steigen lassen kann.

Aufgabe 2:

Die jetzige Heilmittel-Richtlinie orientiert sich an Krankheiten und damit an der ICD-Klassifikation. Zukünftig sollen auch Funktionseinschränkungen entsprechend der ICF bei der Versorgung mit Heilmitteln berücksichtigt und somit in den Heilmittel-Katalog aufgenommen werden, um die gesamte Lebenssituation des Versicherten in die Versorgung einzubeziehen.

Aufgabe 3:

Der Bereich der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ist bisher ein wenig beachteter Sektor der gesundheitlichen Versorgung. Das hat zu Folge, dass nur wenige Informationen über das Versorgungsgeschehen bekannt sind. Formen von Über-, Unter- und Fehlversorgung, die Effektivität (Wirksamkeit, Erfolg) und Effizienz (ökonomischer Nutzen) einzelner Maßnahmen (auch im Vergleich mit anderen) sind bislang wenig untersucht, so dass auch die Entwicklung von Vorschlägen für neue Versorgungs- und Vergütungsformen (Festbeträge, Versorgungspauschalen) nur wenig fortgeschritten ist. Es müssen also in diesem Bereich mehr Studien durchgeführt werden, um Ansatzpunkte für eine evidenzbasierte Heil- und Hilfsmittelversorgung zu schaffen und damit die Qualitätssicherung in diesem Sektor zu verstärken. Ergebnisse solcher Studien müssen in die Beratung von Versicherten, die Aus-, Fort- und Weiterbildung von medizinischen und sonstigen Gesundheitsberufen sowie in die Vertragspolitik einfließen, damit eine Qualitätssicherung und Transparenzförderung gewährleistet wird.

Ein weiteres Problem im Heil- und Hilfsmittelsektor betrifft die hohe Anzahl von Leistungsanbietern (vor allem Physio- und Ergotherapeuten sowie Hilfsmittelanbieter) mit jeweils eigenständigen Verträgen. Für die einzelne Krankenkasse führt das zu einer schwer zu überblickenden Vertragslandschaft, aber auch für den Versicherten ist es schwierig zu verstehen, welcher Leistungsanbieter Heil- und Hilfsmittel in einer guten Qualität zu fairen Preisen gewährleistet, die dann ggf. von der Kasse übernommen werden. Es ist also dringend mehr Transparenz notwendig.

Insbesondere für die Physio- und Ergotherapeuten müssen Aufgabenprofile formuliert werden, die trennscharf die Einsatzbereiche abgrenzen, so dass die bestehende Konkurrenzsituation zwischen beiden Berufsgruppen aufgehoben wird und für Mediziner und Versicherte die Zuständigkeiten verständlich werden, damit Verordnungen adäquat und bedarfsgerecht ausgestellt und in Anspruch genommen werden können.

Kapitel 17: Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Aufgabe 1:

Zur Bestimmung der sozialen Schicht werden im Allgemeinen die Indikatoren „Schulabschluss“, „Einkommen“ und „Berufliche Stellung“ herangezogen. Daraus wird mit Hilfe einer Punktverteilung der (additive) Schichtindex gebildet, der Auskunft über die vertikale Differenzierung der Gesellschaft gibt.

Aufgabe 2:

Folgende Kritikpunkte an dem Schichtkonzept werden genannt (die Aufzählung ist nicht vollständig):

- das Schichtkonzept ist zu starr und spiegelt die Vielfalt der heutigen Lebenslagen/Lebensumstände in der Entwicklung über den Lebenszyklus nur in Ansätzen wider.
- Das Schichtkonzept ist zu stark an der Situation von (abhängig beschäftigten) Erwerbstätigen orientiert, die nur etwa die Hälfte der Bevölkerung ausmachen.
- Die drei Indikatoren, die zur Bildung der sozialen Schicht herangezogen werden, sind nicht gleichgewichtig, wie dies bei der Konstruktion des Schichtindex impliziert wird, und wirken nicht immer in die gleiche Richtung.
- Die Erfassung von einigen der drei Indikatoren, wie Einkommen, ist nicht valide und zuverlässig. Zudem kann sich die Einkommenshöhe auch schnell verändern.
- Die Abgrenzung der einzelnen Schichten bzw. die Festsetzung von Schichtgrenzen in eine hierarchische Ordnung entspricht nicht der heutigen Realität der Lebensumstände und erscheint willkürlich.
- Statusinkonsistenzen (z. B. promovierter Taxifahrer oder reicher Unternehmer ohne Bildungsabschluss) können mit Hilfe des Schichtindex nicht abgebildet werden.

Aufgabe 3:

Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit/Armut und Gesundheit/Krankheit wird im Wesentlichen mit 2 Ansätzen erklärt: Armut macht krank und Krankheit macht arm. Für beide Ansätze liegen empirische Ergebnisse aus Studien vor. Weitestgehend ungeklärt ist aber die Frage, wie die Wirkzusammenhänge sind. Darum hat man vielfältige Einflussgrößen, wie materielle Faktoren, psychosoziale Bedingungen oder Verhaltensweisen, mit in die Erklärungsversuche einbezogen. Eine allgemein akzeptierte Theorie zum Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gibt es aber noch nicht.

Aufgabe 4:

Häufig wird in empirischen Studien der monetäre und materielle Aspekt von Armut betrachtet. Bei Armut geht es aber auch um den Ausschluss von Personen oder Personengruppen von einer Lebensweise, die in dem Staat, in dem sie leben, als Minimum angesehen wird. Damit sind auch kulturelle und soziale Mittel und Bedingungen gemeint. Zur Darstellung eines Armutsrisikos wird im Allgemeinen das Netto-Äquivalenzeinkommen herangezogen. Gemäß einer auf EU-Ebene erzielten Konvention aus dem Jahre 2001 ist von einem Armutsrisiko bei Personen in Haushalten auszugehen, die über ein Netto-Äquivalenzeinkommen verfügen, das weniger als 60 % des Mittelwertes aller Haushalte beträgt. Das Netto-Äquivalenzeinkommen beschreibt das nach der Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen.

Aufgabe 5:

Unter horizontaler Ungleichheit wird die Einteilung der Gesellschaft in verschiedene Bevölkerungsgruppen aufgrund von Alter, Geschlecht, Familienstatus, Nationalität oder Migrationshintergrund o. ä. verstanden. Mit vertikaler Ungleichheit wird eine Unterteilung der Bevölkerung in oben und unten verstanden. Es wird also von einer hierarchischen Differenzierung ausgegangen. Häufig werden die Indikatoren ‚Bildungsabschluss‘, ‚Einkommen‘ und ‚Beruflicher Status‘ zur Abbildung der hierarchischen Unterteilung der Gesellschaft herangezogen, die dann wiederum in dem Schichtindex zusammengefasst werden.