

Goldgrube Privatabrechnung

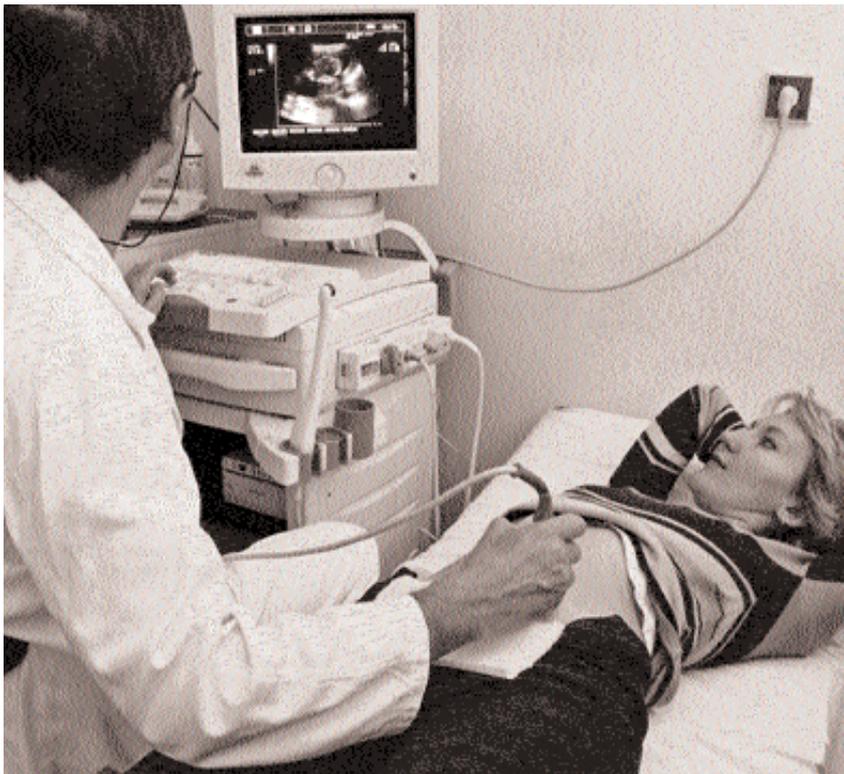
Einträgliches Zusatzgeschäft: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) liegen bei Ärzten im Trend. Wer bei wem besonders gerne „igelt“, haben das Wissenschaftliche Institut der AOK und die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen untersucht. Von Klaus Zok

Der Markt der „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) etabliert sich seit Ende der 1990er Jahre zunehmend in Deutschland. Diese ärztlichen Diagnose- und Behandlungsmethoden gehören nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen und müssen vom Patienten aus eigener Tasche bezahlt werden. Seitdem die Kassenärztliche Bundesvereinigung im März 1998 den ersten IGeL-Empfehlungs-Katalog veröffentlichte, sorgt das Thema für kontroverse Debatten über Sinn und Unsinn dieser Angebote. Während einige sinnvoll und nützlich sind – dazu gehört etwa die ärztliche Beratung vor einer Fernreise mit eventuell anschließender Impfung des Patienten –, gelten andere IGeL-Angebote unter Experten als fragwürdig.

Verunsicherung macht sich breit. In den Patientenberatungsstellen der Verbraucherzentralen sowie bei den gesetzlichen Krankenkassen häufen sich Anfragen von Patienten zu den individuellen Gesundheitsleistungen. Sie sind verunsichert durch das vielfältige Angebot privater Zusatzleistungen und den Umgang mancher Ärzte damit. Deshalb hat sich das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) gemeinsam mit der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen daran gemacht, diesen intransparenten Markt auf der Basis von mündlichen und schriftlichen Versichertenbefragungen genauer zu beleuchten. Nun liegen die Ergebnisse vor.

Lesetipp

Zok, K./Schuldzinski, W.: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. 86 Seiten, 10 Euro. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn 2005.



Ganz oben bei den IGeL-Angeboten: Ultraschalluntersuchungen beim Frauenarzt.

Milliardengeschäft vorhergesagt. Inzwischen gibt es zahlreiche Belege für eine wachsende Dynamik des IGeL-Marktes. Fachleute prognostizieren ein Milliardengeschäft: Mit einem überzeugenden IGeL-Konzept könnten Ärzte rund zehn Prozent ihres Umsatzes erwirtschaften. Die Frage, ob ihnen in einer Arztpraxis eine medizinische Leistung (ohne zahnärztliche Leistung) auf Privatrechnung angeboten worden ist, wird mittlerweile von fast einem Viertel der gesetzlich Krankenversicherten (23,1 Prozent) bejaht. Das bedeutet: Rund 16 Millionen gesetzlich krankenversicherten Patienten wird im Laufe eines Jahres eine Selbstzahler-Leistung unterbreitet oder sie haben eine solche Leistung in Anspruch genommen. Im aktuell beob-

achteten Einjahreszeitraum stieg der Umfang der privat angebotenen Zusatzleistungen um 44 Prozent. Das Verkaufsvolumen erreicht gegenwärtig rund eine Milliarde Euro. Dabei ist der zahnärztliche Bereich in dieser Summe noch nicht einmal enthalten.

Angebotsspektrum ist vielfältig. Schaut man sich die Angaben der Versicherten im Detail an, dann zeigt sich eine große Bandbreite privat angebotener ärztlicher Leistungen. Dabei liegen mit einem Anteil von 21,8 Prozent die Ultraschalluntersuchungen auf Platz eins, gefolgt von Augeninnendruckmessungen (16,0 Prozent) und ergänzenden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen (10,5 Prozent).

Die in der Studie vorgenommene versichertenbezogene Auswertung der Nennungen liefert auch Erkenntnisse darüber, welche Versichertengruppen in welchem Umfang welche Angebote erhalten. Danach haben beispielsweise rund sechs Prozent oder vier Millionen der gesetzlich Krankenversicherten in den vergangenen zwölf Monaten die in der Angebotsliste führenden Ultraschalluntersuchungen angeboten bekommen und hier insbesondere die 30- bis 50-jährigen Frauen. In dieser Patientengruppe erreicht der Anteil 12,4 Prozent. Weiteres Ergebnis: Die Vertragsärzte bieten die Selbstzahler-Leistungen mit unterschiedlicher Intensität an. So zeigt die aus den Befragungsergebnissen abgeleitete Modellrechnung, dass Augenärzte, Gynäkologen und Urologen am intensivsten „igeln“ (siehe Grafik).

Soziale Unterschiede. Ferner zeigt die Analyse der Befragung hinsichtlich soziodemografischer Merkmale einen Zusammenhang zwischen dem Angebot der privat zu finanzierenden Leistungen einerseits und dem Einkommen sowie der Bildung der Patienten andererseits. Während in der unteren Einkommensgruppe mit einem monatlichen Haushaltsnettoverdienst von unter 2.000 Euro „nur“ 17,6 Prozent der Versicherten Privatleistungen angeboten bekamen, ist der Anteil der Versicherten mit einem Monatseinkommen von über 4.000 Euro doppelt so hoch. Er liegt bei 35,5 Prozent. Auch in den Versichertengruppen mit höherer Bildung zeigt sich eine Verdoppelung des Angebotsumfangs. Analysen nach Alter und gesundheitlicher Verfassung der Befragten ergeben hingegen keinen klaren Zusammenhang mit dem Angebotsumfang ärztlicher Privatleistungen. Die Tatsache, dass IGeL-Angebote vor allem einkommensstärkeren Versicherten unterbreitet werden, deutet darauf hin, dass dieser privatmarktliche Ansatz wohl kaum geeignet sein dürfte, eine solidarisch ausgerichtete Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Stachel im Arzt-Patienten-Verhältnis. Rund um den IGeL-Markt ist inzwischen auch ein breites Marketing entstanden, das den Arzt als Unternehmer anspricht und systematisch auf Privatliquidation bei GKV-Patienten zielt.

Ebenso wie die Verbraucherzentralen werden auch die Krankenkassen immer öfter mit der Unsicherheit und dem Unmut von Patienten konfrontiert. Die schriftliche Vereinbarung vor der priva-

Viele Befragte befürchten, dass „Igel“ das Arzt-Patienten-Verhältnis verschlechtert.

ten Leistungserbringung und das Ausstellen einer Rechnung sind entgegen den rechtlichen Vorgaben nicht immer gang und gäbe. Dies war nur bei 39,4 beziehungsweise 85,2 Prozent der Fall. Zudem geben mehr als 40 Prozent der Versicherten an, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis durch IGeL beeinflusst wird. Diese Befragten befürchten im Regelfall eine Verschlechterung (79,4 Prozent). Die von den Versicherten hierzu formulierten Aussagen bringen durchgehend die Verunsicherung zum Ausdruck, die mit der Wahrnehmung des ärztlichen Verkaufsinteresses einhergeht.

Wohin geht die Reise? Die zunehmende Vermarktung von Selbstzahlerangeboten, die die Grenze zum GKV-Leistungskatalog verschwimmen lassen, un-

terstreicht die Forderung nach mehr Transparenz und Qualitätssicherung für diesen Markt. Im Interesse aller Marktbeteiligten ist zu wünschen, dass künftig für die Anbahnung und für die Inanspruchnahme privater Zusatzleistungen klare Richtlinien und Standards gelten.

Zwischen Ethik und Monetik. Letztlich steht für diesen Markt eine ausreichende Positionsbestimmung nach wie vor aus. So besteht die Gefahr, dass sich „igelnde“ Ärzte möglicherweise nicht mehr ausreichend auf die Heilung von Krankheiten oder die Betreuung chronisch kranker und behinderter Menschen konzentrieren, sondern auf die private Liquidation von Befindlichkeitsstörungen. Der Patient wird zum Kunden, das Solidaritätsprinzip ausgehöhlt und aus dem öffentlichen Gut Gesundheit ein privatwirtschaftliches. Der mit IGeL einhergehende Rollenkonflikt des Mediziners zwischen objektiver fachlicher Beratung und ökonomischen Interessen bedarf einer Antwort, und die Suche nach einer (ethischen) Positionierung stellt für die verfasste Ärzteschaft eine große Herausforderung da. ♦

Klaus Zok ist im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) zuständig für den Projektbereich Marktforschung.

Kontakt: Klaus.Zok@wido.bv.aok.de

Spezialisten beim „Igel“

Hochrechnung: durchschnittliche Zahl der IGeL-Angebote pro Arzt und Jahr

| | |
|---|-----|
| Augenarzt | 594 |
| Frauenarzt | 541 |
| Urologe | 450 |
| Hautarzt | 285 |
| Orthopäde | 267 |
| Praktischer Arzt/ Allgemeinmediziner | 61 |
| Internist | 36 |
| Sonstige Fachrichtung | 30 |

Augen- und Frauenärzte unterbreiten im Schnitt fast zehnmals so häufig IGeL-Angebote wie praktische Ärzte und Allgemeinmediziner. Auf Platz drei liegen die Urologen, gefolgt von Hautärzten und Orthopäden. Innerhalb der Arztgruppen dürften darüber hinaus erhebliche Unterschiede bei der Teilhabe am IGeL-Markt bestehen.

Quelle: WIdO

Gesetzlich heißt gut und günstig

Beste Referenzen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV): Ein Gutachten zeigt, dass die Krankenkassen die Kosten besser im Griff haben, als die private Konkurrenz. Doch die GKV braucht weitere Vertragskompetenzen. Von Jörg Meyers-Middendorf

Mehr Markt im Gesundheitswesen – davon erhoffen sich viele einen wirtschaftlicheren Umgang mit den Ressourcen. Dabei ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der privaten im Hinblick auf die Kosten deutlich überlegen. Das belegt das kürzlich vom Berliner WISO-Institut für Wirtschaft und Soziales veröffentlichte Gutachten „Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenversicherung“. Danach hatte die GKV dank ihrer Kostensteuerungsinstrumente niedrigere Ausgabensteigerungen als die private Krankenversicherung (PKV) zu verkraften. Zugleich böte aber das deutsche Gesundheitswesen mehr, als das anderer Länder. Die Patienten müssten hierzulande nicht auf notwendige Operationen warten. Breite Bevölkerungsschichten haben freien Zugang zum medizinischen Fortschritt.

Stabile Kosten, hohe Leistung. Die Gesundheitssysteme der entwickelten Industrieländer haben mit wachsenden Gesundheitsausgaben zu kämpfen. Dabei wird es zunehmend schwerer, der Bevölkerung medizinische Leistungen einschließlich des medizinischen Fortschritts zu tragbaren Kosten zur Verfügung zu stellen. Wartezeiten und Leistungskürzungen sind die Konsequenz. Dabei haben Gesundheitssysteme wie das deutsche, in denen ein Gleichgewicht zwischen marktwirtschaftlichen und quasi staatlichen Elementen besteht, viele Vorteile. Sie erzielen hinsichtlich Effizienz, Kostensteuerung und Qualität die vergleichsweise besten Ergebnisse. Laut WISO-Institut ist die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens quantitativ und quali-

tativ sogar noch gewachsen, obwohl der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den letzten 25 Jahren lediglich von fünf auf etwas über sechs Prozent gestiegen ist. Den anderen Kostenträgern im Gesundheitswesen liefen die Ausgaben deutlich stärker davon. Die PKV verzeichnete zwischen 1992 und 2003 einen doppelt so hohen Anstieg der Gesundheitsausgaben wie die GKV (siehe Tabelle „Den Privaten laufen die Kosten davon“).

Die unterschiedliche Ausgabenentwicklung von GKV und PKV zeigt sich laut WISO-Gutachten auch an der Entwicklung der Pro-Kopf-Leistungsausgaben. So sind zwischen 1985 und 2001 die Leistungsausgaben der PKV je Vollversichertem auf 122,1 Prozent gestiegen, die der GKV je Mitglied jedoch nur um 67 Prozent. Hätte die Krankenkassen ähnliche Zuwächse bei den Pro-Kopf-Ausgaben erlebt, wie die PKV läge nach Berechnungen der WISO-Gutachter der Beitragssatz in der GKV heute bei durchschnittlich

18,5 Prozent. Auch die Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit sind deutlich stärker angewachsen als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Darin enthalten sind zum einen die durch zahlreiche Gesundheitsreformen veränderten Eigenbeteiligungen der GKV-Versicherten. Der Anteil der Zuzahlungen an den Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit beträgt mittlerweile ein Viertel. Käufe von Wellness- und OTC-Präparaten (nicht rezeptpflichtig) haben zu weiteren Steigerungen beigetragen.

Steuerungsmöglichkeiten ausbauen.

Mit gravierenden Mitgliederänderungen oder größeren Leistungskürzungen lässt sich die relative Stabilität der GKV-Ausgaben nicht erklären. Das WISO-Institut stellt vielmehr fest, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung stets mit dem medizinischen Fortschritt mithielt und sich das Versorgungsniveau der deutschen Bevölkerung ständig verbesserte.

Den Privaten laufen die Kosten davon

Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Kostenträgern (1992 und 2003)

| Träger | Millionen Euro | | Prozent |
|--|----------------|---------|-------------|
| | 1992 | 2003 | 2003/1992 |
| Private Krankenversicherung | 11.946 | 20.612 | 72,5 |
| Private Haushalte¹⁾ | 17.391 | 29.409 | 69,1 |
| Öffentliche Haushalte ²⁾ | 21.151 | 35.285 | 66,8 |
| Alle Träger ohne GKV | 64.115 | 103.670 | 61,7 |
| Alle Träger | 163.087 | 239.701 | 47,0 |
| Arbeitgeber | 6.969 | 9.923 | 42,4 |
| Gesetzliche Unfallversicherung | 2.923 | 4.097 | 40,2 |
| Gesetzliche Krankenversicherung | 98.972 | 136.031 | 37,4 |
| Gesetzliche Rentenversicherung | 3.735 | 4.344 | 16,3 |

1) einschl. Pflegeversicherung, 2) einschl. private Organisationen ohne Erwerbscharakter

Die gesetzliche Krankenversicherung gab 2003 rund 37 Prozent mehr für Gesundheit aus als 1992. Bei den Privaten haben sich die Kosten fast verdoppelt. Quelle: WISO-Institut

Warum aber ist der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt fast konstant? Die Gutachter führen dies vor allem auf das kooperativistische Modell der GKV mit staatlicher Rahmgebung und einer Steuerung durch die Selbstverwaltung zurück. In den Ausgabenbereichen und Fällen, in denen dieses Modell wirksam sei, verfüge die GKV über echte Steuerungsmöglichkeiten, um ihre Kosten unter Kontrolle zu halten. Bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie im stationären Bereich gäbe es die geringsten Einflussmöglichkeiten. Entsprechend hoch sei hier der Kostenanstieg gewesen.

Aus Sicht der Gutachter wäre es daher ein schwerer politischer Fehler, die vorhandenen Steuerungselemente aufzugeben und die Gesundheitsversorgung breiter Bevölkerungsschichten den Gesetzen des Marktes zu unterwerfen. Vielmehr müsste der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen dort mehr Vertragskompetenzen einräumen, wo sie bisher zu schwach ausgeprägt sind und wo das Ausgabenwachstum überproportional ist. Das betrifft vor allem den stationären Bereich, den Arzneimittelsektor und die Heil- und Hilfsmittel. Hier müssten die gesetzlichen Krankenkassen Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern abschließen können.

Die GKV ist ein Erfolgsmodell. Im Gesamturteil der WISO-Gutachter ist die gesetzliche Krankenversicherung ein Erfolgsmodell. Dem GKV-System sei es zu verdanken, dass in den vergangenen 25 Jahren ein hochleistungsfähiges Gesundheitswesen aufgebaut worden ist. Doch die Erfolge der GKV könnten überzeugender ausfallen. Dafür müsste der Gesetzgeber den Vertragswettbewerb in der GKV stärken und der Selbstverwaltung mehr und bessere Steuerungsinstrumente an die Hand geben. Bei künftigen Reformen müsse nicht nur die Einnahmensituation berücksichtigt werden, sondern auch die Entwicklung der GKV-Ausgaben. ♦

Dr. Jörg Meyers-Middendorf arbeitet im Stabsbereich Politik des AOK-Bundesverbandes.

Das WISO-Gutachten im Internet unter: www.aok-bv.de/politik

KASSEN-ECKPUNKTE

Kritik am Zahn-Zuschuss

Die Kassen-Spitzenverbände haben sich auf gemeinsame Positionen verständigt: Politische Korrekturen seien nicht nur bei den Festzuschüssen für die „Dritten“ nötig. Von H.-B. Henkel-Hoving

Trotz des immer härteren Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen können sich deren Spitzenverbände immer noch auf gemeinsame „Eckpunkte einer künftigen Gesundheitspolitik“ verständigen. Das Zehn-Punkte-Programm reicht von A wie Arzneimittel bis Z wie (Fest-)Zuschüsse für Zahnersatz – bei letzteren sehen die Spitzenorganisationen vordringlichen Handlungsbedarf.

Denn allen Beteuerungen der Zahnärzteschaft und der Politik zum Trotz kommen die seit diesem Jahr gültigen Festzuschüsse die Versicherten offenbar teuer zu stehen. Die neue Regelung sei „intransparent und wenig versichertenfreundlich“. Warum? Mehr Leistungen als früher sind nach privaten Gebührensätzen abrechenbar. Zugleich werden die Rechnungen über zahnärztliche und zahntechnische Leistungen nicht mehr routinemäßig durch Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Kassen geprüft und korrigiert. Versicherte, so Kassen-Experten, seien aber nur bei einfachen Versorgungsinformationen in der Lage, Rechnungen nachzuvollziehen. Die Situation mache es den Kassen schwer, ihre Verbraucherschutz-Funktion wahrzunehmen.

Hundefutter als Maßstab. Um die Ausgaben bei Arzneien zu reduzieren, sprechen sich die Spitzenverbände für einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz auf Medikamente aus. „Dass wir Arzneimittel mit dem vollen Mehrwertsteuersatz belegen, Schnittblumen und Hundefutter aber mit dem reduzierten, zeugt nicht von sozialpolitischer Verantwortung“, so Versichertenvertreter Hans-Jürgen Müller vom IKK-Bundesverband bei der Vorstellung der Eckpunkte. Werde die Umsatzsteuer gar erhöht, kämen Mehrkosten von 250 Millionen Euro jährlich je Prozentpunkt auf die Kassen zu.

Die Spitzenorganisationen befürworten zudem, die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung zu verlängern. Die vom Gesetzgeber bislang vorgesehenen drei Jahre seien ein zu kurzer Zeitraum, um zukunftsfähige neue Versorgungsstrukturen aufzubauen. Dass inte-



grierte Betreuungskonzepte eine von den Kassen gewünschte sektorübergreifende Qualitätssicherung erheblich erleichtern würden, liegt auf der Hand. Doch schon heute sei eine „leistungserbringerübergreifende Fallverfolgung“ möglich, wenn der Gesetzgeber Ärzten und Kliniken entsprechende Dokumentationspflichten auferlege: Ob eine Knie-OP erfolgreich war, lasse sich nicht schon am Ende des Klinikaufenthaltes feststellen, sondern frühestens nach der Reha oder sogar erst Monate später.

Eine Absage erteilen die Verbände den Plänen für Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie – beide Modelle sind für Arbeitgebervertreter Erich Werner Peterhoff vom IKK-Bundesverband derzeit „nicht akzeptabel“. Nötig sei eine Finanzbasis, die sowohl sozial gerecht als auch den Herausforderungen des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts gewachsen sei. ♦

Mehr Infos:
www.gkv.info

Akupunktur als Kassenleistung?

Modellversuche der Krankenkassen zeigen: Bei manchen Patienten wirkt die Akupunktur besser gegen chronische Kreuz-, Knie- oder Kopfschmerzen als konventionelle Therapien. Welche Schlüsse daraus zu ziehen sind, skizziert Bernhard Egger.

Der Startschuss für die weltweit größten Studien zur Erprobung der Schmerzakupunktur fiel im Jahr 2000. Damals legte der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Rahmenbedingungen für die Studien zu den Modellversuchen der Krankenkassen fest. Ziel: Die Voraussetzungen für eine spätere Entscheidung über die Aufnahme der Akupunktur in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu schaffen. Seitdem haben praktisch alle Kassen Modellversuche zur Akupunktur durchgeführt. Sie unterschieden sich nur geringfügig hinsichtlich der Zahl der finanzierten Sitzungen und der zum Teil geforderten Zuzahlung. Für die Ärzte war die Teilnahme finanziell attraktiv, da die Vergütung extrabudgetär erfolgte. Rund 12.000 Vertragsärzte nahmen an den Modellversuchen teil, also jeder zehnte bundesweit. Die Studien sind inzwischen abgeschlossen, die meisten Ergebnisse veröffentlicht.

Noch offene Fragen. Die Hoffnung, dass nun alle Fragen rund um die Akupunktur beantwortet sind, hat sich allerdings nicht erfüllt. Geklärt werden konnte allerdings ein zentraler Punkt: Die Akupunktur nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), die so genannte Verum-Akupunktur, wirkt nicht wesentlich besser als die Sham-Akupunktur. Hierbei werden Körperpunkte gestochen, die nach der TCM-Lehre eigentlich unwirksam sind. Die Anwendung einer spezifischen Technik und die exakte Auswahl bestimmter Akupunkturpunkte entlang der chinesischen Körpermeridiane ist nach den Studienergebnissen für die Wirkung der Behandlung nicht von großer Bedeutung. Vergleicht man die Akupunkturbehandlung mit der hierzulande üb-



Ein Mittel gegen chronische Schmerzen: Akupunktur.

lichen Standardtherapie dann zeigt sich, dass bei chronischen Rücken- und Knie-schmerzen die Verum- und die Sham-Akupunktur der Standardtherapie deutlich überlegen sind. In der Kopfschmerztherapie war die Akupunktur im Vergleich zur medikamentösen Behandlung zwar nicht wirksamer, aber ebenbürtig.

Dieses Ergebnis allein als Placebowirkung und damit als irrelevant abzutun, ist wenig plausibel. Denn der gemessene Unterschied zwischen den Gruppen, die mit Akupunktur behandelt wurden, und denen, die eine Standardtherapie erhielten, ist erheblich. Natürlich ist die Akupunktur kein Allheilmittel. Aber noch sechs Monate nach dem Ende der Akupunkturbehandlung klagten die Patien-

ten im Schnitt über deutlich weniger Schmerzen als jene, die eine Standardtherapie erhalten hatten.

Wissenslücken bei Schmerztherapien. Auch ein Blick auf die bisher übliche Standardtherapie etwa bei chronischen Rückenschmerzen stimmt nachdenklich. In den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft werden unter anderem medikamentöse Behandlung, physikalische Therapie (Wärme, Kälte, Packungen), Massagen und Krankengymnastik zur Schmerzbehandlung empfohlen. Besonders Gewicht wird auf eine aktivierende Therapie (Bewegungsübungen, Rückenschule) gelegt. Allerdings ist die wissenschaftliche Datenlage für diese Methoden – Ausnahme medikamentöse Therapie – dürftig. Die Akupunktur ist inzwischen wesentlich besser untersucht als die meisten eingeführten Maßnahmen zur Schmerzbehandlung. Der genaue Wirkungsmechanismus ist jedoch unbekannt. Auch ist die Bedeutung von Suggestiv- und Zuwendungseffekten nicht hinreichend geklärt. Das trifft aber ebenso auf anerkannte Methoden wie physikalische Therapie, Massagen und Rückenschule zu. Würde die Akupunktur nur aus diesen Gründen nicht in die Regelversorgung aufgenommen, könnten mit gleicher Begründung auch einige etablierte Methoden gestrichen werden. Übrig bliebe am Ende nur die Arzneimitteltherapie. Zuwendungsintensive Methoden blieben hingegen auf der Strecke.

Gesamtkonzept erforderlich. Vor diesem Hintergrund können die positiven Studienergebnisse zur Akupunktur bei einer Gruppe von chronisch schmerzkranken Patienten nicht ignoriert werden. Wich-

tig hierbei ist, dass die Akupunktur in ein überzeugendes schmerztherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet wird. Denn mit Akupunktur allein ist das Gros der schwer schmerzkranken Patienten nicht hinreichend zu behandeln. Sie ist aber ein Baustein, der für einen Teil der Patienten hilfreich sein kann.

Um das Ziel, chronisch schmerzkranken Menschen besser zu versorgen, zu erreichen, sind zwei Schritte erforderlich. Zum einen muss die Qualität der Standardtherapie erhöht werden. Eine verbesserte Schmerzanamnese, die Einbeziehung psychosozialer Faktoren und der vermehrte Einsatz aktivierender Therapieansätze sind dabei zentrale Ansatzpunkte. Zudem sollte die Akupunktur als ein möglicher Baustein in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept integriert werden. Basis für die Anwendung der Akupunktur muss auf jeden Fall sein, dass die Ärzte auch die konventionelle Schmerztherapie beherrschen.

Fehlanreize vermeiden. Bei den anstehenden Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Aufnahme der Akupunktur in die Regelversorgung sind aber auch wirtschaftliche Überlegungen von Bedeutung. Bisher wurde die Akupunktur im Rahmen der Modellversuche gesondert und vergleichs-

weise hoch vergütet. Deshalb kam es teilweise auch zu einer anbieterinduzierten Ausweitung der Akupunkturbehandlung. Die von vielen beklagte Benachteiligung alternativer Heilmethoden im GKV-Vergütungssystem wurde so zeitweise ins Gegenteil verkehrt.

Bei einer Aufnahme der Akupunktur in den GKV-Leistungskatalog sollten

Die Akupunktur kann ein Baustein in einem schmerztherapeutischen Gesamtkonzept sein.

solche Fehlanreize vermieden werden. Das ist schon deshalb wichtig, weil diese Methode wesentlich zeitaufwändiger und damit teurer ist als das Verordnen von Schmerzmitteln. Denn die Studien zeigten, dass die Akupunktur nicht – wie früher oft behauptet – hilft, Kosten zu sparen. Zwar erhielten Akupunkturpatienten weniger Arzneimittel und nahmen etwas weniger andere Therapien in Anspruch. Insgesamt war jedoch die Behandlung in den Akupunkturgruppen erheblich teurer als in den Standardtherapiegruppen. Bei einer möglichen Aufnahme der Akupunktur

in die Regelversorgung muss also eine Lösung gefunden werden, die sicherstellt, dass Ärzte nicht aus finanziellen Gründen vorrangig Akupunktur anbieten statt der im Einzelfall vielleicht sinnvoller Standardtherapien. Dem einen Patienten mag ein ausführliches Gespräch über psychosoziale Belastungen am besten helfen, einem anderen die aktivierende Rückenschule, dem nächsten die Akupunktur.

Nicht nur auf eine Methode setzen. Insgesamt zeigen die Modellversuche zur Akupunktur, dass methodisch hochwertige Studien bei alternativmedizinischen Verfahren möglich sind. Bei zuwendungsintensiven Verfahren bleibt es aber schwierig, zwischen spezifischen und unspezifischen Effekten zu unterscheiden. Die isolierte Methodendiskussion greift bei komplexen Krankheitsbildern wie dem chronischen Schmerz ohnehin zu kurz. Ziel muss es daher sein, in der Schmerzbehandlung ein umfassendes Therapiekonzept zu entwickeln. Es bleibt auf jeden Fall spannend, welchen Stellenwert der Gemeinsame Bundesausschuss der Akupunktur einräumt. ♦

Dr. Bernhard Egger leitet den Stabsbereich Medizin des AOK-Bundesverbandes.
Kontakt: Bernhard.Egger@bv.aok.de

Schmerzbehandlung: Akupunktur zeigt Wirkung

| | Vergleich der Verum-Akupunktur gegen Sham-Akupunktur gegen Standardtherapie (GERAC) ¹⁾ | Vergleich der Verum-Akupunktur gegen Sham-Akupunktur mit Wartelistenkontrolle (ART) ²⁾ |
|---|---|--|
| Rückenschmerzen | Nach 6 Monaten signifikante Überlegenheit der Akupunktur bei der Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung im Vergleich zur Standardtherapie. Zwischen der Verum- und der Sham-Akupunktur gab es keinen Unterschied. | Nach 8 Wochen ³⁾ signifikante Verbesserung der Rückenschmerzen in beiden Akupunkturgruppen im Vergleich zur Wartelistenkontrolle, aber kein Unterschied zwischen den Akupunkturgruppen. |
| Kniegelenkschmerzen (Gonarthrose) | Nach 6 Monaten zeigte sich eine statistisch signifikante Überlegenheit der Akupunktur bei der Schmerzreduktion und bei der Funktionsverbesserung gegenüber der Standardtherapie. Zwischen Verum- und Sham-Akupunktur bestand aber kein Unterschied. | Im Vergleich zur Wartelistenkontrolle waren beide Akupunkturgruppen nach 6 Wochen hinsichtlich Reduktion von Schmerzen und Funktionsverbesserung signifikant überlegen. Nach 8 Wochen war die Verum-Akupunktur auch der Sham-Akupunktur überlegen, aber nach 6 Monaten nicht mehr. |
| Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerz) | In den Akupunkturarmen war die Zahl der Kopfschmerztage nach 6 Monaten signifikant gesunken, es bestand aber kein Unterschied zur Standardtherapie in der Migränegruppe (in der Spannungskopfschmerzstudie wurde der Standardarm abgebrochen). | Die Zahl der Kopfschmerztage sank in beiden Akupunkturgruppen nach 3 Monaten signifikant im Vergleich zur Wartelistenkontrolle. Zwischen der Verum- und der Sham-Akupunkturgruppe zeigte sich kein Unterschied. |
| <p>1) Modellversuche von AOK, Betriebs-, Innungskrankenkassen, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkassen und See-Krankenkasse</p> <p>2) Modellversuch der Ersatzkassen</p> <p>3) Vollständige Publikation zu Rückenschmerzen liegt noch nicht vor. Die Zwischenergebnisse nach 8 Wochen sind einem Abstract entnommen: Brinkhaus et al., Efficacy of acupuncture in patients with chronic low back pain – the Acupuncture Randomised Trials (ART). Focus on Alternative and Complementary Therapies 2003;8:486).</p> | | <p>Quellen: GERAC: Endberichte für Rückenschmerzen, Gonarthrose, Spannungskopfschmerzen und Migräne. ART: Witt et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomised trial. Lancet 2005;366:136-143 (Gonarthrose), Melchart et al., Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial. Linde et al., Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. Journal of American Medical Association 2005;293:2118-2125 (Migräne). Darstellung: M. Perleth</p> |

Gute Geschäfte mit teuren Pillen

Keine Entwarnung bei den Arzneimittelkosten der Krankenkassen. Nach wie vor verordnen Ärzte reichlich Teures. Wer davon profitiert und wie sich sparen lässt, zeigt der neue Arzneiverordnungs-Report. Von Katrin Nink und Helmut Schröder

Erstmals seit vier Jahren hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit einem Plus abgeschlossen. Es beläuft sich im Jahr 2004 auf vier Milliarden Euro. Ein Hauptgrund für das finanzielle Defizit der vorausgegangenen Jahre: drastische Steigerungen bei den Arzneimittelausgaben. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz sind die GKV-Arzneimittelumsätze erstmals seit 1997 gesunken: um 10,2 Prozent auf 21,7 Milliarden Euro. Eine große Rolle spielten dabei der weitgehende Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Präparate aus dem GKV-Leistungskatalog, Änderungen bei der Zuzahlung und der Arzneimittelpreisverordnung sowie die vorübergehende Erhöhung der Hersteller-

abschläge. Doch von einer Wende kann auch 2004 keine Rede sein. Wie der neue Arzneiverordnungs-Report (AVR) zeigt, hält der Trend zur Verordnung teurer Arzneimittel an und hat im verschreibungspflichtigen Marktsegment mit 10,6 Prozent einen Umsatzanstieg um 2,2 Milliarden Euro verursacht. Für das Jahr 2005 zeichnet sich nun eine zweistellige Wachstumsrate bei den Arzneiausgaben ab. Wie aber kann eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung kostengünstiger erbracht werden? Antworten liefert der neue AVR.

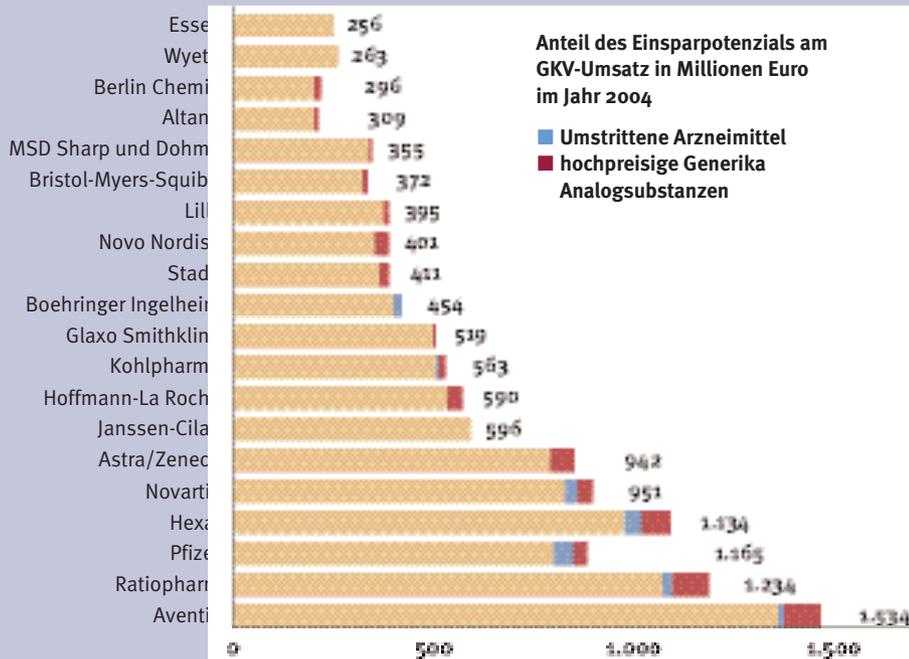
Sparpotenzial in Milliardenhöhe. Nach dem AVR hätten 2,9 Milliarden Euro im Jahr 2004 eingespart werden können –

ohne Qualitätsverlust in der Therapie. Das sind 13,5 Prozent des Gesamtumsatzes von 21,7 Milliarden Euro. Voraussetzung: konsequentes Verordnen preiswerter wirkstoffgleicher Generika statt teurer Originalpräparate (Sparpotenzial 1,1 Milliarden Euro), Verschreiben preiswerter Generika eines patentfreien ursprünglich innovativen Wirkstoffes bei gleichzeitigem Verzicht auf teure patentgeschützte Analogsubstanzen (Sparpotenzial: 1,2 Milliarden Euro), sowie Verzicht auf das Verordnen von Präparaten, deren Wirkung als umstritten gilt (Sparpotenzial: 0,6 Milliarden Euro).

Rabattverträge lohnen sich. Eine weitere Möglichkeit zur Kostensenkung: Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass Generikahersteller Apotheken hohe Rabatte gewähren – sie liegen oft zwischen 15 und 25 Prozent –, die Kassen aber nicht davon profitieren. Sie könnten partizipieren, würden sie die gesetzliche Möglichkeit stärker nutzen, Rabattverträge mit Herstellern zu schließen. Dafür sind allerdings umfassende Kenntnisse über Qualität und Art des Produktsortiments sowie über die Preispolitik der Hersteller notwendig.

Umsatz der Hersteller beleuchtet. Deshalb nimmt der neue AVR erstmals Hersteller und ihren Anteil an der Arzneimittelversorgung unter die Lupe. Betrachtet man die 50 umsatzstärksten Hersteller des deutschen Marktes im Jahr 2004, zeigt sich – wie auf dem Weltmarkt – eine deutliche Marktkonzentration. Ob ein Hersteller ein interessanter Vertragspartner für einen Rabattvertrag ist, hängt von seinem Produkt-

Unwirtschaftliches Verordnen bringt Umsatz



Vor allem mit hochpreisigen Generika und teuren Analogpräparate, aber auch mit umstrittenen Arzneimitteln erhöhen die Top 20 der Pharmahersteller ihre Umsätze. Hier schlummert ein Sparpotenzial für die Kassen in Höhe von insgesamt 2,9 Milliarden Euro. Quelle: Arzneiverordnungs-Report 2005

sortiment und seiner Preispolitik ab. So haben Generikahersteller ein breites Sortiment, während sich forschende Firmen oft auf bestimmte Indikationen konzentrieren.

Womit Hersteller verdienen. Ein weiterer wichtiger Anhaltspunkt zur Beurteilung der Preis- und Produktstruktur ist die Verteilung der Einsparpotenziale auf die führenden Hersteller (*siehe Grafik*). Für das Jahr 2004 zeigt der AVR, dass etwa Pfizer mit seinen Wirkstoffen Atorvastatin und Amlodipin oder die Firma Altana mit Pantoprazol – allesamt teure Analogsubstanzen – viel Umsatz gemacht haben. Ein überdurchschnittliches generisches Einsparpotenzial liegt bei Herstellern wie Sandoz, Ratiopharm, Hexal oder Stada, die eher zu den teureren Generikaanbietern zählen. Deutlich wird bei der Betrachtung der Top 50 im AVR aber auch, dass viele Generika- und Reimportanbieter aus Deutschland kommen. Dagegen werden patentgeschützte und somit neue Präparate eher von Herstellern aus der Schweiz oder den USA angeboten. Somit trägt die unwirtschaftliche Verordnungsweise in der GKV dazu bei, dass die Forschungsstandorte Schweiz oder USA gefördert werden. Deutschland hat dabei das Nachsehen.

Weg zu mehr Wettbewerb. Rabattverträge sorgen für mehr Wettbewerb zwischen Apotheken, Herstellern und anderen Leistungsanbietern. Sie können sich durch entsprechende Verhandlungen mit den Kassen Wettbewerbsvorteile verschaffen. Mit dem neuen AVR haben Krankenkassen eine Entscheidungshilfe bei der Frage, ob es sich überhaupt lohnt, mit dem einen oder dem anderen Hersteller zu verhandeln. ♦

Katrin Nink ist Projektleiterin im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). **Helmut Schröder** ist dort Forschungsbereichsleiter.
Kontakte: Katrin.Nink@wido.bv.aok.de,
Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de

Lesetipp

Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath (Hrsg.):
Arzneiverordnungs-Report 2005. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare.
1.220 Seiten, 34,95 Euro. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Illustration: MEV

PRÄVENTION

Es geht auch ohne Gesetz

Selbstverpflichtung statt Gesetzeszwang: Die AOK will ihr Engagement in der Gesundheitsförderung ausbauen, obwohl das Präventionsgesetz erst einmal „tot“ ist. Von H.-B. Henkel-Hoving

Tränen überströmt dürfte kaum ein Krankenkassen-Chef die Tatsache zur Kenntnis genommen haben, dass das Präventionsgesetz durch die Neuwahl erst einmal vom Tisch ist. Allzu sehr wollte die Politik die Sozialversicherung zum bloßen Zahlmeister von Präventionsprojekten degradieren. Auch inhaltlich war das Ganze „kein Konzept aus einem Guss“, so Dr. Hans Jürgen Ahrens auf der Fachtagung „Gesunde Lebenswelten“ im Berliner Wissenschaftszentrum.

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes rät der Politik deshalb davon ab, einen neuen Anlauf zu unternehmen – unbürokratischer und erfolgversprechender sei beim Thema Prävention vielmehr der Weg der freiwilligen Selbstverpflichtung: So hat die AOK beschlossen, künftig den gesetzlichen Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention von derzeit 2,70 Euro per anno je Versichertem voll auszuschöpfen. Mindestens 50 Cent davon wird sie – ganz im Geiste des jetzt gescheiterten Präventionsgesetzes – in Projekte an Kindergärten, Schulen und ähnlichen so genannten Settings stecken. Die anderen Kassen wollen dies ebenfalls.

Act local. Im Rahmen einer „Präventionsoffensive Gesunde Lebenswelten“, so Ahrens weiter, könne eine noch zu schaffende „neutrale Instanz“ zudem Impuls- und Koordinierungsaufgaben bei Prävention und Gesundheitsförderung übernehmen, Qualität und Transparenz des Angebots sicherstellen und darüber hinaus die lokale und regionale Verankerung der Ansätze fördern. Ausdrücklich unterstütze die AOK deshalb das Konzept der „Regionalen Knoten“, wie sie in Sachsen, Thüringen und – in modifizierter Form – auch in Sachsen-Anhalt bereits bestünden. Der AOK-

Bundesverband trete zudem Ende Oktober dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ bei, dem unter anderem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angehört.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock hat diese Botschaft gewiss gerne vernommen, ist für ihn doch „wirksame Primärprävention für sozial benachteiligte Gruppen eine der zentralen Herausforderungen an die Gesundheitspolitik für die nächsten Jahrzehnte“. Ähnlich wie der Berliner Hochschullehrer sieht das auch die Gesundheitsssenatorin der Hauptstadt, Dr. Heidi Knake-Werner: In Berlin sei ein starker Rückgang der Arztbesuche in Quartieren zu verzeichnen, in denen sozial Benachteiligte leben – „eine Entwicklung, die wir ernst zu nehmen haben“, betont die PDS-Politikerin. Ausdrücklich begrüßt sie vor diesem Hintergrund die Kassen-Initiative, mehr Geld für Settingansätze etwa in Stadtteilen zur Verfügung stellen zu wollen. Anders als die Krankenkassen hält sie ein Präventionsgesetz aber nach wie vor für nötig, nicht zuletzt um die private Krankenversicherung finanziell in die Pflicht zu nehmen.

Die Berliner AOK geht mit gutem Beispiel voran und engagiert sich seit langem in vielen Präventionsprojekten, unter anderem in Schulen und Kitas. Die AOK Berlin, so Vorstandsvorsitzender Rolf D. Müller, sei dabei Teil eines Netzwerkes unterschiedlicher Institutionen – auch dies entspricht der Intention des gescheiterten Präventionsgesetzes. ♦



Zahnärzte auf Hausbesuch

In München kümmern sich mobile Zahnarztteams um die Mundgesundheit pflegebedürftiger Heimbewohner. Die AOK Bayern finanziert das Projekt seit dem Sommer diesen Jahres als Modellvorhaben. Von Michael Leonhart

Um die Zahnhygiene pflegebedürftiger Menschen ist es häufig nicht gut bestellt. Nach einer Erhebung von Professor Christoph Benz, Zahnarzt an der Poliklinik der Münchner Universität, ist bei rund 80 Prozent von 600 Pflegebedürftigen in Münchner Heimen die Zahnpflege völlig unzureichend. Die Folgen sind fatal: Zähne, Kronen und Brücken verrotten, die Kaufunktion geht verloren. Damit kann sich schnell auch der Ernährungs- und allgemeine Gesundheitszustand der älteren und kranken Heimbewohner verschlechtern. Neben der verminderten Lebensqualität führt die mangelhafte Mund-

hygiene bei pflegebedürftigen Menschen so zu aufwändigen Notfallbehandlungen und häufigeren Krankenhausaufenthalten. Als erste Krankenkasse in Deutschland finanziert deshalb die AOK Bayern seit Sommer 2005 im Rahmen eines Modellvorhabens die präventive zahnmedizinische Betreuung pflegebedürftiger Menschen im Pflegeheim.

Münchner „Teamwerk“ ausgezeichnet. Ein Vertragspartner des Modellvorhabens, das sich zur Zeit auf 72 Münchner Pflegeeinrichtungen erstreckt, ist „Teamwerk“. Die Zahnärzte und Assistentinnen von Teamwerk übernehmen die zahnmedizinische Prophylaxe in den Pflegeheimen. Finanziert vom Münchner Sozialreferat schulen sie zudem Pflegerinnen und Pfleger der Einrichtungen. Teamwerk bekam für sein Konzept den Deutschen Präventionspreis 2005.

Das Konzept besteht aus zwei Modulen. Zum einen beinhaltet es die Verbesserung der täglichen Mundpflege und die professionelle Zahnreinigung. Damit ermöglicht die bayerische Gesundheitskasse im Rahmen des Modellvorhabens eine Leistung, die bislang nicht zur zahnmedizinischen Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Außerdem nehmen von der Bayerischen Zahnärztekammer bestellte Paten-Zahnärzte bei den Bewohnern von Pflegeheimen die notwendigen kleineren Zahnbehandlungen vor. Benötigen pflegebedürftige Heimbewohner eine aufwändige Zahnbehandlung, werden sie vom Kompetenzzentrum des Städtischen Klinikums München aufgenommen, das ebenfalls Vertragspartner im Modellvorhaben ist.

Mobile Versorgung lohnt sich. „Ich bin der festen Überzeugung, dass von dem Modellvorhaben eine hohe Signalwirkung ausgeht, die langfristig bundesweit die präventive zahnmedizinische Betreuung pflegebedürftiger Menschen deutlich verbessert“, so Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Seine Kasse übernimmt die Anschubfinanzierung und honoriert jeden Prophylaxe-Termin im Pflegeheim mit rund 64 Euro. Ist eine Behandlung im Kompetenzzentrum erforderlich, zahlt sie für die internistische und für die anästhesiologische Betreuung 87 beziehungsweise 330 Euro je Fall. Die AOK Bayern schätzt, dass sich die jährlichen Ausgaben auf rund 1,5 Millionen Euro belaufen werden. Die Paten-Zahnärzte rechnen ihre Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab.

„Die bessere Versorgung erhöht die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und ermöglicht eine wirtschaftlichere Versorgung“, so Christoph Benz. Narkose- und Notfallbehandlungen fallen seltener an. Verringern könnte sich auch die Zahl der Klinikaufenthalte. Die mobile Behandlung vermeidet zudem Krankentransportkosten. Genaue Ergebnisse wird die wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens bringen. Sie hat einen zahnmedizinischen und einen gesundheitsökonomischen Schwerpunkt. Die bayerische Sozialministerin Christa Stewens zeigt sich vom Nutzen der mobilen zahnärztlichen Versorgung überzeugt: „Ich hoffe, dass das Projekt schnell in Bayern und darüber hinaus Schule macht.“ ♦

Michael Leonhart ist Pressesprecher der AOK Bayern. michael.leonhart@by.aok.de



Ein Grund zum Strahlen: Gesunde Zähne erhöhen die Lebensqualität.

XXX

„XXX“

XXX

XXX

XXX XXX

G+G: Wie stehen Sie zu Ihrem Alter?

Fried: Jedes Alter scheint seine Anpassungsprozesse zu brauchen. Aber wir haben keine klaren Vorstellungen darüber, welche Möglichkeiten man im jeweiligen Alter hat. Ich bin jetzt Mitte fünfzig und bin sicher, dass die Lebens- und Karrierepotenziale noch nicht völlig ausgelotet sind.

G+G: Sind wir ausreichend auf eine alternde Gesellschaft vorbereitet?

Fried: Wir sind ziemlich unvorbereitet – zumindest in den USA. Wir begreifen die Folgen und Vorteile einer alternden Gesellschaft nicht vollständig. Wir sollten sorgfältig prüfen, welche Vorteile die ältere Generation für die Gesellschaft bringt. Ältere Menschen haben viel Lebenserfahrung, von der wir alle profitieren können. Dazu müssen wir Funktionen schaffen, in denen sie diese Erfahrung einbringen können.

G+G: Sie erforschen klinische und bevölkerungsbezogene Strategien zur Vermeidung von Gebrechlichkeit älterer Menschen. Welche sind das?

Fried: Hier ist das Gesundheitsverhalten des Einzelnen sehr wichtig. Dazu gehört aktiv bleiben – körperlich und geistig –,

soziale Kontakte pflegen und Dinge unternehmen, die dem Leben Sinn geben. Das ist wichtig für das Wohlbefinden und zum Vermeiden von Gebrechlich-

positiv beeinflusst. In den USA ist eine der größten Aufgaben, eine bessere Bildung sicherzustellen. Aus diesem Grund haben wir Funktionen für ältere Er-

Seite kommt am Dienstag!!!!!!

„XXX

XXX

XXX

keit und Behinderung. Diese Zusammenhänge sind wissenschaftlich zwar noch nicht belegt. Doch eine Reihe von Daten weisen darauf hin, dass Bevölkerungs- und gemeindebasierte Strategien sehr wirksam sind bei dem, was die Menschen selbst tun können.

G+G: Können Sie ein Beispiel nennen?

Fried: Unsere Forschung deckt eine Reihe von Fragestellungen ab, von der möglichen individuellen Prävention von Behinderung und Abhängigkeit bis hin zum Aufbau von Programmen, in denen das Potenzial einer alternden Gesellschaft nutzbar gemacht wird. Wir haben zum Beispiel das Programm ‚Experience Corps‘ entwickelt. Es ist so angelegt, dass es die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Menschen im Pensionsalter

wachsende definiert, in denen sie die akademische Entwicklung von Kindern in öffentlichen Grundschulen unterstützen. Im Rahmen des Programms, das seit 1996 läuft, leisten 60-Jährige und Ältere als Freiwillige in öffentlichen Grundschulen mindestens 15 Stunden pro Woche Unterstützung.

G+G: Wurde das Programm evaluiert?

Fried: Wir haben im Jahr 2004 erste Ergebnisse veröffentlicht. Sie zeigen eine

Zur Person

XXX ist Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover. Zudem führt der 40-jährige Betriebswirt die Geschäfte des Bundesverbandes Managed Care e.V., der die Entwicklung innovativer Systeme im Gesundheitswesen unterstützt.