

■ Neuer Leitfaden zur Selbsthilfeförderung

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hat Anfang Juli neue Grundsätze zur Selbsthilfeförderung beschlossen. Sie werden ab 2014 die Grundlage für die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch die gesetzlichen Krankenkassen sein. Mit dem Leitfaden soll die Selbsthilfe gezielter unterstützt und Fördergelder bedarfsgerechter verteilt werden. An der Neufassung des „Leitfadens zur Selbsthilfeförderung“ haben Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenartenverbände mitgearbeitet. In beratender Funktion waren auch die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe beteiligt. Neu aufgenommen sind u. a. klare Fristen für die Antragsbearbeitung, konkretere Bestimmungen, welche Fördervoraussetzungen zu beachten sind und wie die Mittelverwendung nachzuweisen ist. Ferner wurde klargestellt, dass Selbsthilfeprojekte auch mehrjährig gefördert werden können. Ein Anliegen des GKV-SV war es, die Fördergrundsätze so weiterzuentwickeln, dass die Selbsthilfeförderung für die Betroffenen einen größtmöglichen Nutzen stiftet und das Förderverfahren niedrigschwellig und rechtssicher erfolgt.

Seit 2008 ist die finanzielle Hilfe für die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen der Krankenkassen und ihrer Verbände um über neun Prozent auf rund 42 Mio. Euro in diesem Jahr gestiegen. Hinzukommen strukturelle und ideelle Hilfen, indem die Krankenkassen z. B. Räume für Gruppentreffen zur Verfügung stellen oder den Druck von Broschüren übernehmen. Mindestens 50 Prozent der GKV-Fördermittel müssen in die sogenannte kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung fließen. Höchstens 50 Prozent der Gelder können die Krankenkassen im Rahmen ihrer individuellen Projektförderung verwenden. Selbsthilfeorganisationen, die einen Zuschuss zur Basisfinanzierung beantragen, können sich an die GKV-Gemeinschaftsförderungen wenden. Fördermittel zur Zuschussung von individuellen Projekten bewilligen die einzelnen Krankenkassen und ihre Verbände.

MEHR INFOS:

www.gkv-spitzenverband.de

■ KBV-Versichertenbefragung 2013

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Juli die Ergebnisse ihrer sechsten Versichertenbefragung veröffentlicht. Ein zentrales Ergebnis der durch die Forschungsgruppe Wahlen durchgeführte Umfrage ist, dass die Ärzte in der Bevölkerung nach wie vor ein hohes Ansehen genießen. Über 90 Prozent der Befragten beurteilt die fachliche Kompetenz und das Vertrauensverhältnis zum zuletzt besuchten Arzt mit „gut“ oder „sehr gut“. Die KBV zieht aus den Befragungsergebnissen auch das Fazit, dass die Deutschen die Wartezeit auf einen Termin, sofern diese nicht mehrere Wochen beträgt, nur selten als störend empfinden. Längere Wartezeiten sind laut KBV tendenziell auf Termine bei einem spezialisierten Facharzt zurückzuführen. Die Versorgungslage und den wohnortnahen Zugang zu ärztlichen Leistungen bewerten die Befragten unter dem Strich positiv. 76 Prozent sagen, dass es genügend Hausärzte an ihrem Wohnort gibt. 19 Prozent sind der Meinung, es gebe zu wenige, wobei davon 78 Prozent keine Schwierigkeiten hatten, einen geeigneten Hausarzt zu finden. Dass zu wenige Fachärzte in ihrer Nähe zur Verfügung stünden, empfinden 38 Prozent der Befragten. Selbstzahlerleistungen sind der Befragung zufolge kein großes Konfliktfeld. 21 Prozent der Umfrageteilnehmer bekamen schon einmal von ihrem Arzt ein Angebot für eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) unterbreitet, das sind 3 Prozent weniger als vor zwei Jahren. 90 Prozent der Betroffenen hielten die Bedenkzeit für ausreichend, um sich für oder gegen das Angebot zu entscheiden. Für die KBV ist dies ein Beleg, dass die überwältigende Mehrheit der Ärzte und Patienten sinnvoll mit IGeL umzugehen weiß.

Die Versichertenbefragung führt die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV regelmäßig durch. Für die Untersuchung wurden 6.093 zufällig ausgewählte Bundesbürger befragt. Die KBV betont, dass die Ergebnisse repräsentativ sind.

MEHR INFOS:

www.kbv.de

■ Versorgungsforschung für Menschen mit psychischen Störungen

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Juli bekanntgegeben, welche Projekte in den nächsten Jahren im Rahmen des Forschungsschwerpunktes „Forschung zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen“ gefördert werden sollen. Das BMG hatte vor einem Jahr eine Ausschreibung für diesen Forschungsbereich durchgeführt, auf die sich insgesamt 42 Antragsteller beworben hatten. In einem Begutachtungsverfahren mit unabhängigen Experten und Expertinnen wurden nunmehr fünf Projekte zur Umsetzung ausgewählt. Ziel der Aktivitäten ist die Förderung von Projekten zur Verbesserung der evidenzbasierten Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in zwei spezifischen Modulen.

In einem ersten Modul steht die Stärkung der evidenzbasierten Versorgung bei den Krankheitsbildern ADHS und Depression im Vordergrund. Hier soll die Umsetzung möglichst evidenzbasierter Leitlinien evaluiert, Gründe der Nicht- bzw. nur teilweisen Umsetzung identifiziert und Lösungsansätze zur Behebung möglicher Defizite entwickelt werden. Gefördert werden folgende Projekte:

- VERA – Versorgungsverlauf bei Depressionen in Arztpraxen (Projektnehmer: TU Dresden)
- IVPOWER – Wirksamkeit und Effizienz von Verträgen zur integrierten Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Projektnehmer: Universität Ulm)
- AgeMooDe+Synergie – Versorgung depressiver alter Menschen in Deutschland (Projektnehmer: Universität Leipzig)
- ImLeiV-ADHS – Implementierung leitlinienorientierter Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS (Projektnehmer: Universität Köln)
- Vernetzte Versorgung 13+1, AQUA-Institut Göttingen

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden in den Jahren 2015 / 2016 vorliegen.

MEHR INFOS:

www.bmg.de

■ Medizinische Gesundheitsstudie startet 2014

Die bisher größte medizinische Gesundheitsstudie in Deutschland startet Anfang 2014. Nach Informationen des federführenden Ministeriums für Forschung und Technologie werden dann 400.000 per Zufallsprinzip ausgewählte Bürgerinnen und Bürger zwischen 20 und 69 Jahren angeschrieben, um sie zur Beteiligung an der Studie zu gewinnen. Das Ministerium geht davon aus, dass sich rund 200.000 Menschen an der Studie beteiligen und so die Erforschung von Volkskrankheiten aktiv unterstützen und zu einem gesünderen Leben in Deutschland beitragen. Über einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren sollen durch die sogenannte „Nationale Kohorte“ neue Erkenntnisse über den Einfluss von genetischen Faktoren, Umweltbedingungen, sozialem Umfeld und Lebensstil auf die Entstehung von Volkskrankheiten wie Diabetes, Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs gewonnen werden.

Die über die Studie gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Möglichkeiten zur Vorbeugung und Behandlung von Erkrankungen erheblich zu verbessern. Von den Ergebnissen der Studie erhofft sich die Wissenschaft Antworten auf Fragen wie: Wodurch entstehen chronische Krankheiten? Gibt es Faktoren, die ihre Entstehung begünstigen? Wie können diese Krankheiten frühzeitig erkannt werden? Wie können wir uns vor diesen Krankheiten besser schützen? Durch den vorausschauenden Charakter der Studie halten die Forscher bei den Studienteilnehmern viele Faktoren fest, die zunächst als bedeutungslos erscheinen. Später kann sich jedoch herausstellen, dass sie auf eine Krankheit hinweisen. Im Nachhinein betrachtet könnte sich so ermitteln lassen, wie verschiedene Faktoren zusammenwirken und zu bestimmten Krankheiten führen. Darauf basierend könnten Krankheiten früher erkannt und effektiver behandelt werden.

Die teilnehmenden Frauen und Männer werden in einem der 18 Studienzentren medizinisch untersucht und zu ihren Lebensgewohnheiten und Lebensumständen befragt. Nach vier bis fünf Jahren laden die Studienzentren alle Probanden zu einer zweiten Untersu-

chung ein. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Finanziert wird die Studie durch das BMBF, die 14 beteiligten Länder und die Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren mit insgesamt 210 Millionen Euro.

MEHR INFOS:

www.nationale-kohorte.de

■ Monitor Patientenberatung der UPD

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hat im Juli erstmals ihren Jahresbericht „Monitor Patientenberatung“ vorgelegt. Auf der Basis von 75.000 Beratungsgesprächen soll der Bericht insbesondere dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung Hinweise auf mögliche Schwachpunkte im Gesundheitssystem liefern. Im „Monitor Patientenberatung“ werden über 14.500 Beschwerden von Patienten erfasst, die zwischen April 2012 und März 2013 bei der UPD eingegangen sind. Sie beziehen sich vor allem auf niedergelassene Ärzte und gesetzliche Krankenkassen. Gut jede dritte Beschwerde betraf dabei Patientenrechte. Dieses Thema führt mit fast 10.600 Beratungen auch die Liste der UPD-Beratungsschwerpunkte an. Besonders häufig ging es um das Recht auf Einsichtnahme in Krankenunterlagen, gefolgt von Beratungen zu unangemessenen Verhaltensweisen etwa durch Ärzte und Krankenkassen. Noch wichtiger war die Frage, welche Leistungen Patienten zustehen und ob sie unberechtigt abgelehnt wurden.

Ein weiterer Schwerpunkt der UPD-Beratung ist der Verdacht auf Behandlungsfehler, der fast 6.800 Mal thematisiert wurde. Um Behandlungsfehler und Patientenrechte drehte es sich auch in den mehr als 5.100 Fällen, in denen der Zahnarzt Auslöser für die Kontaktaufnahme mit der UPD war. Hier war ebenfalls wichtig: die Rechtmäßigkeit von Geldforderungen gegenüber Patienten. Fast 4.800 Mal war Krankengeld das Gesprächsthema – vor allem die Frage, wann Versicherte Anspruch auf Krankengeld haben und wie man diesen durchsetzt. Im Fokus stand das Krankengeld auch bei Beratungen im Rahmen psychischer Erkrankungen, die zu den größten Diagnosegruppen

im Beratungsgeschehen der UPD zählen. Fast 19.500 Mal haben die Berater der UPD bei der nachträglichen Erfassung des Beratungsgesprächs zudem einen Hinweis auf eine besondere Problemlage dokumentiert. In mehr als einem Drittel der Fälle waren Patienten unvollständig, widersprüchlich oder falsch informiert worden. Bei einem Viertel identifizierten die Berater Probleme im Bereich des Zugangs zur Versorgung. Größtenteils bestand hier die Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Leistungserbringer oder Kostenträger unberechtigt verweigert wurden. Ein weiteres Fünftel der benannten Problemlagen lieferte Hinweise auf eine mangelhafte Versorgungsqualität.

Seit 2006 berät die UPD im Auftrag des Gesetzgebers in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Seit 2011 wurde dieser Auftrag durch das „Aufzeigen von Problemlagen im Gesundheitssystem“ erweitert.

MEHR INFOS:

www.unabhängige-patientenberatung.de

■ Reformkonzept „Pflege und Teilhabe“

Eine Arbeitsgruppe „Strukturreform PFLEGE und TEILHABE“ stellte im Juli in Berlin Eckpunkte für die Reform der Pflegeversicherung im Rahmen einer Fachtagung vor. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind u.a. Rolf Hoberg, Prof. Thomas Klie und Gerd Künzel. Die Autoren erheben mit ihrem Konzept den Anspruch, die „Pflege neu zu ordnen“. Im Kern des Expertenvorschlags geht es darum, „die pflegerische Versorgung in CURE und CARE zu differenzieren“. Das Konzept versteht unter CURE-Leistungen für medizinische, fachpflegerische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen. Zu CARE zählen dagegen alle Formen unterstützender haushalts- und personenbezogener Leistungen zur Alltagsbewältigung. Teil des Konzeptes ist es weiterhin, dass Medizin und Pflege zukünftig für Behandlungspflege und Pflegeplanung zuständig sein sollen. Betreuungsdienste übernehmen danach die Aufgaben der Alltagsgestaltung. Für die Autoren ist der gemeinsame Bezugspunkt von CURE und CARE das „Wohlbefinden des auf Pflege und Betreuung angewiesenen Menschen“. Fi-

nanziell gefördert werden die Arbeiten zu dem vorgelegten Konzept durch die Robert Bosch Stiftung.

In der Fachtagung stellten die Mitglieder der Arbeitsgruppe u.a. vor, welche leistungsrechtlichen Änderungen in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern vorgenommen werden müssen und mit welchen finanziellen Mehrausgaben für die Umsetzung des Konzeptes zu rechnen wäre. So müssen beispielsweise die Leistungen zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung sowie die Leistungen in Bereichen der sozialen Teilhabe neu geregelt werden. Letztere soll in einem Bundesleistungsgesetz neu geregelt werden. Weil nach dem vorgelegten Vorschlag die CURE-Leistungen zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gerechnet werden, müsste z.B. die medizinische Behandlungspflege in Heimen zukünftig von der GKV finanziert werden. Die Experten der Arbeitsgruppe haben einen Vorschlag dafür erarbeitet, wie die Behandlungspflege in den bestehenden Morbi-RSA berücksichtigt werden könnte. Während die CURE-Leistungen über das bestehende Sachleistungsprinzip in der GKV integriert werden sollen, würden bei den CARE-Leistungen das Sachleistungsprinzip nach bisheriger Ausprägung abgeschafft und in persönliche Budgets umgewandelt. Mit dem Bundesleistungsgesetz soll die Pflegeversicherung ergänzt und die Abhängigkeit von der Sozialhilfe reduziert werden.

Die Autoren wollen im Laufe des Jahres eine Endfassung ihres Papiers vorlegen. Darin sollen die noch offenen Fragen beantwortet werden.

MEHR INFOS:

www.agp-freiburg.de

■ **Behandlungsfehlerstatistik 2012**

Die BÄK hat im Juni die Behandlungsfehlerstatistik 2012 vorgestellt. Wie aus dieser Statistik hervorgeht, haben die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 2012 insgesamt 7.578 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bearbeitet. Dabei lag in 2.280 Fällen ein Behandlungsfehler vor. In 1.889 Fällen wurde ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen

Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorfällen führten, waren wie in den Vorjahren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterarm-, Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen. In den Krankenhäusern sank die Zahl der nachgewiesenen Fehler bei Kniegelenkarthrose (65 Fälle) und Unterarmfrakturen (55 Fälle) leicht ab.

Gut ein Viertel aller vermuteten Arzthaftungsfälle werden durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern bewertet. Seit 1979 werden diese Daten erfasst und in einer bundesweiten statistischen Erhebung zusammengeführt. Die Statistik informierte bisher lediglich über die Anzahl der geltend gemachten Ansprüche und Entscheidungen und erlaubte keine konkreten Aussagen zum Inhalt der erhobenen Anträge. Seit 2006 werden die Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (MERS) EDV-gestützt einheitlich erfasst und in einer Bundesstatistik zusammengeführt. Künftig werden die Daten nach bundeseinheitlichen Parametern mittels eines elektronischen Statistikbogens gesammelt.

Die von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen erhobenen Daten werden von der Ärzteschaft für Fortbildungs- und Qualitätssicherungsveranstaltungen aufbereitet, um gezielte Strategien zur Fehlervermeidung zu entwickeln. So hat die Ärzteschaft Qualitätsindikatoren etabliert und arbeitet mit Checklisten der Weltgesundheitsorganisation und nutzt Datenbanken zur Fehlerprävention, wie z.B. das Berichtssystem zur anonymen Meldung von kritischen Ereignissen.

MEHR INFOS:

www.bundesärztekammer.de

■ **Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)**

Der WIdO-Monitor des Wissenschaftlichen Instituts der AOK kommt in seiner jüngsten repräsentativen Befragung zum Ergebnis, dass gesetzlich versicherte Patienten beim niedergelassenen Arzt immer mehr privat zu zahlende Leistungen angeboten werden. Laut WIdO-Monitor war es im vergangenen Jahr war fast je-

der Dritte, bei dem eine solche individuelle Gesundheitsleistung angeboten oder abgerechnet wurde. Besonders problematisch dabei ist, dass zwei Drittel der Patienten im Vorfeld keine schriftliche Zustimmung für die Behandlung erteilt hatten. Und obwohl dies eindeutig vorgeschrieben ist, hat jeder Fünfte Patient keine Rechnung vom Arzt erhalten. Damit haben sich laut WIdO die Probleme im formalen Umgang mit IGeL im Vergleich zu 2010 noch verstärkt. Damals hatte etwa jeder Zweite (54,4 Prozent) keine schriftliche Vereinbarung geschlossen und nur jeder Siebte (14,5 Prozent) hatte keine Rechnung erhalten. Darüber hinaus fühlten sich mehr als ein Viertel der Patienten (26,9 Prozent) vom Arzt zeitlich unter Druck gesetzt bei ihrer Entscheidung für oder gegen eine IGeL-Leistung. Die Ergebnisse sind auch deshalb problematisch, weil der Deutsche Ärztetag bereits 2006 Grundsätze zum Umgang mit IGeL formuliert hatte, in denen genau diese Aspekte thematisiert wurden.

Die Ergebnisse des WIdO-Monitors beruhen auf einer bundesweiten Befragung vom November und Dezember 2012. Die repräsentative Stichprobe umfasst 2.003 Personen ab 18 Jahren, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Die befragten Versicherten verteilen sich auf alle Krankenkassen.

MEHR INFOS:

www.wido.de/wido_monitor_1_2013.html

■ **WIdO-Klinikvergleich: Qualitätsdaten für therapeutische Herzkatheter**

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat im Juli die Ergebnisse seiner Analysen zur Behandlung mit einem therapeutischen Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt vorgelegt. Ergebnis: Die Qualität des Eingriffs unterscheidet sich von Klinik zu Klinik erheblich. Bei dem Viertel der Krankenhäuser mit den meisten Komplikationen oder qualitätsrelevanten Folgeeingriffen ist die Rate solcher Ereignisse gegenüber dem Viertel mit den wenigsten Ereignissen um mindestens 51 Prozent erhöht. Im Durchschnitt kommt es bei 7,5 Prozent der Eingriffe zu Komplikationen und bei 11,4 Prozent zu qualitätsrelevanten Folgeeingriffen.

Herzkatheteruntersuchungen zählen zu den häufigsten Eingriffen bei koronarer Herzkrankheit. Allein 2010 erfolgten in Deutschland mehr als 880.000 Koronarangiographien. Etwa bei jeder dritten Untersuchung wurde ein therapeutischer Herzkatheter, eine perkutane koronare Intervention (PCI), durchgeführt.

Die WIdO-Analysen zeigen, dass es bei jedem sechsten therapeutischen Herzkatheter zu einer Komplikation oder einem qualitätsrelevanten Folgeeingriff gekommen ist. Von Komplikationen wie Gefäßverletzungen, Blutungen oder Nierenschäden waren 7,2 Prozent der Patienten betroffen. 0,7 Prozent der Patienten verstarben gar innerhalb von 30 Tagen nach der PCI. Bei 10,0 Prozent erfolgte im Zeitraum von 91 Tagen bis zu einem Jahr eine erneute Katheterintervention. 1,7 Prozent mussten sich im Zeitraum von 31 Tagen bis zu einem Jahr nach der Erstbehandlung einer Bypass-OP unterziehen. Insgesamt kam es bei 7,5 Prozent der Patienten zu einer Komplikation, bei 11,4 Prozent zu einem qualitätsrelevanten Folgeeingriff und bei 17,7 Prozent zu mindestens einem dieser Ereignisse. Dazu kommt, dass das Risiko einer Komplikation oder eines Folgeeingriffs sehr ungleich zwischen den Krankenhäusern verteilt ist. So lag der Anteil der Komplikationen und Folgeeingriffe in 63 Kliniken bei höchstens 12 Prozent. 120 Kliniken hatten dagegen Ereignisraten von 20 Prozent oder darüber. Insgesamt gab es bei einem Viertel der Kliniken mindestens 51 Prozent mehr Komplikationen und Folgeeingriffe als bei dem Viertel der Kliniken mit den geringsten Raten. Die großen Unterschiede in der Behandlungsqualität der Kliniken bleiben auch dann erhalten, wenn die unterschiedliche Patientenstruktur berücksichtigt wird.

MEHR INFOS:

www.wido.de

■ Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen

Eine repräsentative Umfrage des Continentale Versicherungsverbandes in Zusammenarbeit mit TNS Infratest hat ergeben, dass Sachsen-Anhalt die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen unter allen Bundesländern am größten ist. Dahinter liegt Mecklenburg-Vor-

pommern auf Rang 2, gefolgt von Bremen auf Rang 3. Auf den letzten Rängen befinden sich Hessen auf Rang 15 und Niedersachsen auf Rang 16. Die Umfrage wurde bundesweit bei 2.518 Bürgern ab 18 Jahren durchgeführt. Gefragt wurde nach der Zufriedenheit mit der Versorgung durch das Gesundheitswesen hinsichtlich Preis und Leistung. Bei der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen gibt es ein Ost-West-Gefälle.

Die Zufriedenheit für das Bundesländer-Ranking ist mithilfe einer Skala von -100 (völlige Unzufriedenheit) bis +100 (völlige Zufriedenheit) ermittelt worden. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 13,4 Punkten. Spitzenreiter mit fast doppelt so hohem Ergebnis ist Sachsen-Anhalt mit 25,1 Punkten, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 23,3 und Bremen mit 19,8 Punkten. Mit Sachsen auf Rang 4 und Brandenburg auf Rang 5 gehen daher vier der ersten fünf Ränge an Bundesländer im Osten Deutschlands. Berlin allerdings belegt mit 14,4 Punkten nur Rang 9. Die bevölkerungsreichsten Länder Bayern mit 13,2 Punkten und Nordrhein-Westfalen mit 12,4 Punkten liegen unter dem Durchschnitt. Es folgen Baden-Württemberg und Hessen. Das schlechteste Ergebnis weist Niedersachsen auf.

Insgesamt sind die Deutschen mit den Leistungen des Gesundheitswesens zufriedener als mit dem Preis, den sie dafür bezahlen, z.B. über Krankenkassenbeiträge und Zuzahlungen. Mit den Leistungen sind 71 Prozent zufrieden, mit dem Preis 61 Prozent. Die größte Zufriedenheit mit der Leistung findet man in Mecklenburg-Vorpommern mit 83 Prozent (niedrigster Wert: 66 Prozent in Hessen), die größte Zufriedenheit mit dem Preis in Sachsen-Anhalt mit 72 Prozent (niedrigster Wert: 54 Prozent in Baden-Württemberg).

MEHR INFOS:

www.continentale.de/bl-ranking

■ Regierungskonzept „Globale Gesundheitspolitik“

Das Bundesministerium für Gesundheit hat ein Konzept „Globale Gesundheitspolitik gestalten – Gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ vorgelegt, das vom Bundeskabinett beschlossen wurde. Ziel des Konzepts ist

es, „einen aktiven und abgestimmten Beitrag Deutschlands zur Lösung globaler Gesundheits Herausforderungen, sicherzustellen“.

Nach Auffassung der Bundesregierung stehen globale Gesundheitsfragen in engem Zusammenhang mit zahlreichen anderen Politikfeldern, wie Entwicklung, Sicherheit, Handel, Wirtschaft, Menschenrechte, Ernährung, Landwirtschaft, Forschung, Beschäftigung, Bildung, Migration, Umwelt- und Klimaschutz sowie humanitärer Hilfe. Vor diesem Hintergrund seien sektorübergreifende Lösungsansätze gefragt. Drei Leitgedanken werden dabei von der Bundesregierung verfolgt:

- 1. Schutz und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland durch globales Handeln
- 2. Wahrnehmung globaler Verantwortung durch die Bereitstellung deutscher Erfahrungen, Expertise und Mittel
- 3. Stärkung internationaler Institutionen der globalen Gesundheit.

Die Bundesregierung formuliert in ihrem Konzept konkrete Handlungsfelder und optimiert Abstimmungsprozesse der Bundesressorts untereinander. Die definierten Handlungsfelder in den fünf Schwerpunktbereichen sollen eine strategische Planung des deutschen Beitrags in der globalen Gesundheitspolitik ermöglichen. Damit soll zu verbesserten Politikkohärenz und zu einem einheitlichen Außenauftritt der Bundesregierung in der globalen Gesundheitspolitik beigetragen werden.

MEHR INFOS:

www.bmg.de

■ Transparency-Studie zum Bereich Pflege und Betreuung vor

Transparency International Deutschland (TI) hat im August die Studie „Transparenzmängel, Betrug und Korruption im Bereich der Pflege und Betreuung“ vorgestellt. Die Analyse von TI kommt zum Ergebnis, dass es im Pflege- und Betreuungsbereich zu wenig Transparenz und Kontrollmöglichkeiten für die Betroffenen gibt und vielfältige Möglichkeiten bestehen, die Abhängig-

keit von Menschen mit Pflegebedarf wirtschaftlich auszubeuten.

Transparency Deutschland fordert im Bereich der Pflege u.a. die Einführung von durchsetzbaren Mitbestimmungsrechten für Heimbewohner und deren Angehörigen, das Recht, für von stationärer Pflege betroffene Menschen und Angehörige in die Ergebnisse der Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes sind einsehen zu können sowie die Veröffentlichung der Transparenzberichte über die Pflegeheime auf einer deutschlandweit einheitlichen Website.

Besonders kritisiert wird von Transparency die unzureichende Kontrolle der rechtlichen Betreuung. Die Autoren der Studie sehen vielfältige Einfallstore für Betrug und Korruption, wie zum Beispiel bei der Haushaltsauflösung, abzuwickelnden Immobiliengeschäften oder der Vermögensverwaltung. Deshalb fordert TI u.a., die Aufsicht und Kontrolle im Bereich der rechtlichen Betreuung erheblich zu stärken, auch durch zusätzliche Personalressourcen im Bereich der Rechtspflege. Gefordert wird, in den Amtsgerichtsbezirken Register für Berufsbetreuer sowie Datenbanken zum amtsgerichtsübergreifenden Abgleich der berufsbetreuerbezogenen Fallzahlen, aber auch zu Beschwerden und Verstößen einzurichten.

MEHR INFOS:

www.transparency.de

Autor von TRENDS & FACTS ist Erwin Dehlinger

Die Politische Ökonomie der Umverteilung

Klassenkampf oder Mathematik?



Die Politische Ökonomie der Umverteilung

Finanzpolitische Einkommensumverteilung in entwickelten Demokratien

Von Andreas Kammer

2013, 259 S., brosch., 44,- €, ISBN 978-3-8487-0550-4

(Comparative Politics – Vergleichende Politikwissenschaft, Bd. 3)

Verbreitet wird wohlfahrtsstaatliche Umverteilung per Annahme mit der Steuerquote gleichgesetzt. Der Autor differenziert diesen Zusammenhang und legt nahe, dass Umverteilung aus Steuer- und Transferpolitiken resultiert, die unterschiedlichen polit-ökonomischen Logiken folgen. Die gegenwärtige Analyse basiert auf innovativen mikroökonomischen Methoden und vergleichenden Fallstudien. Die mikrofundierte Datenbasis und die Berücksichtigung von indirekten Steuern liefern ein außergewöhnlich umfassendes und valides Bild von der Umverteilungswirkung der deutschen und britischen Finanzpolitik, das Anlass zur Modifikation etablierter polit-ökonomischer Theorien gibt.

Weitere Informationen unter: www.nomos-shop.de/21091



Nomos