

report bayern

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Mai 2007

ersatzkassen

Gesundheitsreform für Versicherte **Magere Ergebnisse zum hohen Preis**

Seit dem 1. April 2007 ist das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in Kraft. Ungeachtet der lang anhaltenden sachlichen Kritik von praktisch allen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen setzte die Bundesregierung ihr Reformkonzept durch. Ursprünglich wollte die Große Koalition „die Sicherung eines leistungsfähigen und demographiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hoch stehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung“ durch diese Reform gewährleisten. Mit dem GKV-WSG wurden diese Ziele nicht erreicht. Diese Wahrheit ist bitter, aber kein Grund zur Schadenfreude, denn es geht um die medizinische Versorgung der Menschen. Was bringt die Gesundheitsreform den Versicherten?

In dieser Ausgabe:

- **Gesundheitsreform für Versicherte**
Magere Ergebnisse zum hohen Preis
- **Reform der Pflegeversicherung**
Finanzierung als Stein des Anstoßes
- **Neugeborenen-Screening in Bayern**
Erfahrungen und Ergebnisse

Neue Leistungen der Krankenkassen

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen wurden erweitert. Damit war zu rechnen. Es gehört mittlerweile zum Ritual der Reformgesetzgebung, dass Politiker den Versicherten neue Leistungen „schenken“. Diesmal sind es Impfungen,

ambulante und stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie Palliativmedizin. Es lohnt sich, diese „Geschenke“ näher zu betrachten.

Die Vorsorgeimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden, sind nunmehr Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Die Entscheidung an sich ist sicherlich nicht falsch, doch sie ist nicht sachgerecht. Warum müssen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe allein tragen? Warum wird z. B. der öffentliche Gesundheitsdienst oder staatliche Einrichtungen verschont? Die berühmten berüchtigten Verschiebebahnhöfe im Gesundheitswesen lassen grüßen.

Ebenso zu Pflichtleistungen werden die medizinischen Maßnahmen der ambulanten und stationären Rehabilitation. An sich ist es nichts neues, weil die Krankenkassen diese Leistungen auch bisher erbrachten, wenn diese wirtschaftlich und medizinisch notwendig waren. Da sich an diesen Prämissen – Wirtschaftlichkeit und medizinische Notwendigkeit – auch künftig nichts ändert, bringt diese Neuregelung in der Praxis keine Änderung. Ähnlich zu bewerten ist auch die Erklärung der Eltern-Kind-Kuren zu einer Pflichtleistung. Wirklich neu sind die Leistungen der mobilen Rehabilitation bei allen medizinischen Indikationen, die voranging den älteren und wenig beweglichen Patienten zu Gute kommen.

Auch die vorgesehene Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung ist sinnvoll und begrü-

ßenswert. Die Mehrausgaben in diesem Bereich werden die gesetzlichen Krankenkassen schultern. Zu fragen ist aber, ob es nicht günstiger wäre, die vorhandenen Versorgungsstrukturen (stationäre und ambulante Hospize, Pflegedienste, medizinische Versorgungszentren, Kliniken und Vertragsärzte) besser zu vernetzen, statt eine neue Versorgungsstruktur, die sogenannten Palliativ Care Teams zusätzlich aufzubauen, mit denen die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, künftig Verträge zu schließen.

Alles in allem kosten die neuen medizinischen Leistungen den gesetzlichen Krankenkassen zusätzliches Geld, und zwar jährlich mehr als 1,3 Mrd. Euro, so hoch schätzen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Mehrbelastung. Über so „geschenkte“ Leistungen können sich natürlich die betroffenen Patienten freuen. Als Mitglieder der Solidargemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen sie aber die Kosten dieser Leistungen auch mit tragen.

Versicherungspflicht für alle

A pro pos Solidargemeinschaft. Diese soll nach dem Wunsch des Gesetzgebers wachsen. Das GKV-WSG sieht eine Versicherungspflicht vor. Sie gilt für die GKV ab dem 1. April 2007. Das heißt, alle Menschen, die bislang entweder nicht versichert waren oder den Krankenversicherungsschutz verloren haben, erhalten den Zugang zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Ob sich die Versicherungspflicht bei allen Nichtversicherten verwirkli-

DER KOMMENTAR



Christian Bredl,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
in Bayern

Ein Armutszeugnis

Diese Reform ist ein Armutszeugnis für die deutsche Gesundheitspolitik. Man setzt die Reformziele fest, verfehlt sie allesamt, geht in die Öffentlichkeit und erklärt das Erreichte zu einer „neuen Ära in der Sozialgesetzgebung“! Es hilft aber niemandem. Auch den Gesundheitspolitikern nicht. Denn die ungelösten Probleme werden sie bald einholen.

Es ist erstaunlich, dass zu den Errungenschaften der Reform ausgerechnet die Themen stilisiert werden, die während der Reformdiskussion und des Gesetzgebungsverfahrens nicht gerade oben auf der Tagesordnungsliste standen. Die vermeintlichen Segnungen der Reform können ihre Defizite dennoch nicht kaschieren.

Gesetz ist Gesetz. Und die Ersatzkassen werden die neuen Reformregelungen mit Leben füllen. Dies wird nicht einfach sein. Auf der einen Seite gibt es eine Reihe von Unstimmigkeiten im Gesetzestext, die seine Umsetzung unmöglich machen. Auf der anderen Seite bedrohen

den Fortgang der Reform die ungelösten Probleme in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Problem Nummer Eins der Gesetzlichen Krankenversicherung bleibt ihre unzureichende Finanzierung. Allein die Ausweitung des Leistungskatalogs der Krankenkassen, die Erhöhung der Mehrwertsteuer und die Kürzung des Bundeszuschusses reißen eine Finanzierungslücke auf, die bei über 7,2 Mrd. Euro liegt. Bei solchen Rahmenbedingungen steht auch die Umsetzung der Reform unter einem schlechten Stern.

chen lässt, sei dahingestellt. Klar ist, dass es die GKV sein wird, die die Hauptlast bei der Gewährung der Versicherungspflicht zu tragen hat. Die Private Krankenversicherung (PKV) wird erst später, ab dem 1. Juli 2007 für die Nichtversicherten, die dem PKV-Versichertenkreis zugerechnet werden, geöffnet. Bis zur Etablierung der allgemeinen Versicherungspflicht zum 1. Januar 2009 bietet die PKV ihren Rückkehrern den Standardtarif an.

Konkret bedeutet die Einführung der Versicherungspflicht für die GKV eine zusätzliche finanzielle Belastung, da es bei den neu zu versichernden Personen um Menschen mit sehr geringen Einkommen handelt. Den niedrigeren Beitragszahlungen stehen aber die höheren Ausgaben für medizinische Versorgung dieser Menschen gegenüber. Es besteht außerdem die Gefahr, dass die ehemals privat Versicherten, aus finanziellen Gründen nicht in die PKV zurückkehren, sondern sich gesetzlich versichern lassen werden, wenn für sie persönlich die PKV-Prämie höher als der GKV-Beitrag liegt. Die Prüfung sowie die Beweisführung der Vorversicherungszeit ist nämlich im GKV-WSG nicht geregelt.

Die zusätzlichen finanziellen Belastungen für die GKV durch die Versicherungspflicht sind derzeit nicht zu beziffern. In wie weit die neu definierte Versicherungspflichtgrenze helfen wird, diese Belastung zu mindern, bleibt abzuwarten. Laut GKV-WSG ist der Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung erst dann möglich, wenn in drei aufeinander folgenden Jahren die Versicherungspflichtgrenze überschritten wird. Diese Regelung macht es für junge, gesunde und gut verdienende GKV-Versicherte schwerer, die Solidargemeinschaft zu verlassen. Das Gesetz ändert aber nichts daran, dass an der Grenze zwischen der GKV und der PKV eine Risikoselektion zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin stattfindet.

Ein Novum – Wahltarife

Ein tatsächliches Novum bei der Gesundheitsreform ist die Einführung von Wahlтарifen und -möglichkeiten in der GKV. Dabei gibt es zweierlei Wahlтарife. Die Krankenkassen müssen spezielle Tarife bei Nutzung besonderer Versorgungsformen (z. B. integrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, Hausarztmodelle) ihren Versicherten anbieten. Weitere Tarife wie Selbstbehalttarife mit Selbstbehalten in begrenzter Höhe, Betragsrückgewähr bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen, Kostenerstattung, spezielle Tarife für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (z. B. Homöopathie) kön-

nen von den Krankenkassen angeboten werden. Bei allen Wahlтарifen außer Tarifen bei Nutzung besonderer Versorgungsformen entfällt das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen. Die Bindungsfrist an die Krankenkasse verlängert sich von 18 Monaten auf drei Jahre. Die Wahlтарife müssen sich selbst tragen. Das heißt, dass diese aus ihren Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden müssen.

Die Aussicht, bei den Krankenkassenbeiträgen sparen zu können, ist aber nur für Gesunde verlockend. Daher weisen die kritischen Stimmen darauf hin, dass durch die individuellen Einsparungen eines Gesunden das notwendige Geld für die medizinische Versorgung von Kranken der Solidargemeinschaft entzogen werden könnte. Die Entscheidung für ein Wahlтарif zum „Sparzweck“ birgt aber ein großes Risiko in sich. Erkrankt man im Geltungszeitraum eines Wahlтарifs, muss man mit erheblichen Zusatzkosten rechnen, die der Versicherte allein trägt. In solch einem Fall wird es sowohl für den Versicherten als auch für die Solidargemeinschaft teurer.

In diese Risikokategorie fällt auch die Möglichkeit der Kostenerstattung, die mit dem GKV-WSG flexibilisiert wird. Der Versicherte kann jetzt selbst entscheiden, ob er die Kostenerstattung bei allen Leistungen der Krankenkasse oder in einzelnen medizinischen Bereichen (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus) wählt. Trotz dieser Neuerung bleibt die einjährige Mindestbindungszeit an die Kostenerstattung unverändert. Auch unverändert bleibt die Tatsache, dass die Krankenkasse die Rechnungsbeträge nicht vollständig erstattet. Der Eigenanteil kann ziemlich hoch werden.

Ergebnis: mager, aber teuer

Die oben dargestellten Neuregelungen der GKV-WSG können sinnvoll oder weniger sinnvoll sein. Eines haben sie aber gemein: Sie kosten zusätzliches Geld. Diese Gesundheitsreform – und das ist auch ein Novum – begann mit einer politisch gewollten Beitragssatzerhöhung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Weitere Erhöhungen sind nicht ausgeschlossen. Dadurch, dass das Inkrafttreten des Gesetzes zeitlich gestreckt ist, spricht die Politik derzeit nicht über den Gesundheitsfonds oder die Zusatzprämie, die die Versicherten weiter belasten werden. Doch dies soll über die anstehende Verteuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht hinwegtäuschen. Wenn man den bereits jetzt zu zahlenden hohen Preis in Relation zu den neuen Leistungen setzt, dann können sich die Versicherten kaum als Gewinner dieser Reform fühlen.

Reform der Pflegeversicherung Finanzierung als Stein des Anstoßes

Die Reform der Pflegeversicherung stand auf der politischen Tagesordnung der Großen Koalition ursprünglich ziemlich hoch. Die Koalitionsvereinbarung sah unter anderem vor, dass ein entsprechender Gesetzentwurf spätestens im Sommer 2006 vorgelegt werden sollte. Doch im Sommer 2006 setzte sich die Berliner Politik erst einmal mit der Gesundheitsreform auseinander. Eine Pflegeversicherungsreform wurde – als Entschuldigung für den Zeitverzug – erst nach dem Gelingen der Gesundheitsreform versprochen. Doch weder ein Eckpunktepapier geschweige denn ein Referentenentwurf zur Pflegereform liegt bislang vor. Der Reformdruck in der Pflegeversicherung lässt aber nicht nach. Und jeder verstrichene Tag vor dem Reformbeginn ist verlorene kostbare Zeit. Die Quittung dafür in Form eines enormen Kostendrucks in den kommenden Jahren wird nicht auf sich warten lassen.

Deutliche Positionierung der Ersatzkassen

Die Ersatzkassenverbände haben sich in der Diskussion um die Pflegeversicherung klar und deutlich positioniert. Bereits vor den letzten Bundestagswahlen haben sie ihre Vorstellungen über die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung veröffentlicht und an die künftige Bundesregierung appelliert, die notwendige Reform nicht zu verzögern. Die Ersatzkassen plädierten für die Beibehaltung der Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig in der Sozialversicherung und schlugen eine Reihe von Reformmaßnahmen vor, die im Folgenden kurz skizziert werden. (Die vollständige Fassung wurde als Sonderveröffentlichung „Wesentliche Positionen der Ersatzkassen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ gedruckt und ist in der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern erhältlich.)

Angesichts der demographischen Entwicklung sowie des Wandels der Familienstrukturen in unserer Gesellschaft ist die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung notwendig. Die Erfahrungen, die seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 gesammelt wurden, zeigen, dass dieser Zweig der Sozialversicherung die richtige Antwort auf die Herausforderungen im Pflegebereich war und sich auf gutem Wege befindet.

Nichtsdestotrotz bedarf es einer zeitgemäße Anpassung. Die bisher unveränderten Leistungen der Pflegeversicherung sollen auch dynamisiert werden. Dabei soll auch die Spreizung der Sachleistungsbeträge der ambulanten und stationären Pflege neu ausjustiert werden.



Pflege: Jung für Alt

Neudefinition der Pflegebedürftigkeit

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht sich nach der Definition des Gesetzes ausschließlich auf die Verrichtung der Dinge des täglichen Lebens in Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung. Das ist, wie die Praxis zeigt, nicht ausreichend. Es besteht ein zusätzlicher Hilfebedarf in der allgemeinen sozialen Betreuung mit den Elementen Kommunikation, Beaufsichtigung, Anleitung u.ä. Ursächlich dafür sind psychische und kognitive Einschränkungen bei den Bedürftigen. Eine besondere Zielgruppe dabei stellen die Demenzkranken, die nach den pflegewissenschaftlichen Kriterien als pflegebedürftig anzusehen sind, aber keine ausreichende pflegerische Versorgung erhalten.

Die aktuellen Äußerungen der maßgeblichen Politiker aller Parteien zeigen, dass der Reformbedarf im Leistungsbereich der Pflegeversicherung durchaus erkannt ist. Auch bei der Schilderung dieses Bedarfs und der notwendigen Reformmaßnahmen ist eine weitgehende Übereinstimmung festzustellen. Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass es eine große Schnittmenge zwischen den Positionen der Ersatzkassen und den geäußerten politischen Einschätzungen und Absichten im Leistungsbereich der Pflegeversicherung gibt.

Umstrittene Frage der Finanzierung

Die Frage nach der Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung wird dagegen kontrovers diskutiert. Die Gemengelage ähnelt der Ausgangssituation der Gesundheitsreform, als die Volksparteien zwei völlig konträre Vorstellungen präsentiert hatten – die Bürgerversicherung einerseits und die Kopfprämie andererseits. Auch bei der anstehenden Reform der Pflegeversicherung setzt sich die Große Koalition ein ehrgeiziges Ziel, ihre künftige Finanzierung nachhaltig und gerecht zu gestalten. Die Wege zu diesem Ziel trennen sich aber: Vorgeschlagen werden unter anderem Kapitaldeckung, Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages sowie Ausgleich der unterschiedlichen Risiken zwischen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung.

Den ersten offiziellen Vorschlag zur Reform der Finanzen der Pflegeversicherung unterbreitete die bayerische Sozialministerin Christa Stewens. Dieser Vorschlag wurde mit den unionsgeführten Ländern abgestimmt und gewinnt dadurch an politischem Gewicht. Diesem Vorschlag zufolge soll die paritätische Finanzierung der Pflegeversicherung, die als fünfte Säule der Sozialversicherung bestehen bleibt, eingeschränkt werden. Der derzeitige umlagefinanzierte Beitragssatz in Höhe von

1,7 % soll eingefroren werden (Anmerkung der Redaktion: Kinderlose zahlen momentan einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von 0,25 % ohne Beteiligung der Arbeitgeber).

Zusatzbeitrag als Rettungsmittel

Die Versicherten sollen verpflichtet werden, eine ergänzende kapitalgedeckte Zusatzversicherung abzuschließen. Die Höhe des Zusatzbeitrags soll anfangs sechs Euro pro Monat betragen und sich jährlich jeweils um ein Euro pro Monat erhöhen. Mit diesem zusätzlichen Geld soll ein Kapitalstock aufgebaut werden, der für jeden einzelnen Beitragszahler eigentumsrechtlich geschützt werden soll. Dies soll zu mehr Generationengerechtigkeit führen. Aus diesem Kapitalstock soll alle fünf Jahre eine Dynamisierung von den Pflegeleistungen, die jährlich um 1,5 % angehoben werden sollen, finanziert werden. Sollte der Vorschlag realisiert werden, so die Autoren, werde die Demographiefestigkeit der Pflegeversicherung erreicht werden. Des Weiteren werde die Belastung des Faktors Arbeit ausbleiben und der Einsatz der Steuermittel zur Finanzierung der Pflegeversicherung würde sich erübrigen.

Gerechtigkeit sollte allumfassend sein

Dieser Vorschlag ist durchaus interessant, aber noch mehr kritikwürdig. Da die Gerechtigkeit bei der Finanzierung der Pflegeversicherung zu den obersten Prioritäten zählt, dürfte man diesen Begriff nicht allein auf die Generationengerechtigkeit beschränken. Die Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, daher dürfen die Arbeitgeber aus ihrer Verantwortung für die Pflegeausgaben nicht entlassen werden. Die Parität der Finanzierung ist bereits jetzt einseitig zulasten der Versicherten gestört. Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass die Arbeitnehmer auf einen gesetzlichen Feiertag als Kompensation für die Beitragszahlung der Arbeitgeber verzichteten. Angesichts des Teilkasko-Charakters der Pflegeversicherung sind die Versicherten ohnehin schon überproportional an den Kosten der Pflegebedürftigkeit beteiligt. Auch der Sonderbeitrag der Kinderlosen wird von ihnen allein bezahlt.

Die Ersatzkassen vertreten dagegen die Meinung, dass der paritätisch finanzierte Beitrag zur Pflegeversicherung unangetastet bleiben soll. Seine Höhe dagegen darf nicht zu einem Dogma werden. Bereits bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 erwartete der Gesetzgeber einen Beitragssatz von 1,9 %. Wenn es bereits jetzt notwendig ist, den Beitragssatz bedarfsgerecht anzupassen, dann sollte es auch im Rahmen der künftigen Pflegereform geschehen. Dies wäre auf jeden Fall eine gerechtere Lösung als die Einführung der kapitalgedeckten Zusatzversicherung, was nichts anderes ist als eine Kopfpauschale. Diese mit einem festen Geldbetrag versehene Pauschale ist nicht gerecht,

denn sie belastet die Menschen mit niedrigerem Einkommen überproportional.

Privatversicherte sollen Solidarität zeigen

Völlig ausgeblendet ist im bayerischen Vorschlag die systemübergreifende Gerechtigkeit zwischen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung. Da ist die Koalitionsvereinbarung schon ein Stück weiter: Sie sieht nämlich einen Finanzausgleich zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung vor. Dieser Ausgleich ist dringend notwendig, da die Risikostrukturen der beiden Systeme extrem unterschiedlich sind. Während in der privaten Pflegeversicherung auf 1.000 Versicherte nur 13 Pflegefälle kommen, sind es in der gesetzlichen Pflegeversicherung mehr als doppelt so viel, nämlich 28 Fälle.

Es müsste auch endlich der Konstruktionsfehler, der bei der Einführung der Pflegeversicherung begangen wurde, beseitigt werden. Aus dem Grundgedanken der Solidarität und der Tatsache, dass jeder Mensch von der Pflegebedürftigkeit betroffen sein kann, wurde ein Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Pflegekassen eingeführt. Die private Pflegeversicherung wurde dagegen als ein isolierter Zweig etabliert, der sich der umfassenden Solidarität entziehen kann. Daraus resultiert eine nicht hinnehmbare Situation: Gerade diejenigen werden dadurch entlastet, die aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit zu einem angemessenen Solidarbeitrag in der Lage wären.

Reform duldet keine Verschiebung

Die Reform der sozialen Pflegeversicherung duldet keinen zeitliche Verschiebung mehr. Das positive Finanzergebnis 2006 darf niemanden täuschen. Es ist ein Produkt der kreativen Buchführung. Wie das Bundesministerium für Gesundheit mitteilte, ist das Plus in Höhe von 450 Mio. Euro „wesentlich auf das Vorziehen der Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge“ zurückzuführen. Das heißt, es gab im Jahr 2006 13 statt 12 Monatsbeiträge.

Eine Lösung der Finanzierungsfrage auf der Basis des berühmt berüchtigten „kleinen Nenners“ wäre fatal. Die Große Koalition ist jetzt aufgerufen, einen tatsächlichen Durchbruch bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der Sicherstellung einer gerechten und nachhaltigen Finanzierung zu erzielen. Angesichts der Erfahrungen mit der jüngsten Gesundheitsreform wünscht man sich ein transparentes Gesetzgebungsverfahren unter aktiver Beteiligung der Fachexperten. Doch eben die Erfahrungen mit der missglückten Gesundheitsreform lassen viele Zweifel zu. Kein Zweifel besteht dagegen darüber, dass noch ein verlorenes Jahr bei der Reformierung der Pflegeversicherung zur Verschärfung der derzeitigen Probleme führt.

Neugeborenen-Screening in Bayern

Erfahrungen und Ergebnisse

VON UTA NENNSTIEL-RATZEL UND ANIA C. MUNTAU

Das Neugeborenen-Screening ist eine der wichtigsten Vorsorgemaßnahmen, um Behinderungen und Todesfälle bei Kindern mit behandelbaren Stoffwechsel- und Hormonstörungen zu vermeiden. Ziel ist eine vollständige und frühzeitige Erfassung aller Neugeborenen mit derartigen Defekten. Etwa eines von 1.300 Neugeborenen ist durch eine seltene angeborene Stoffwechsel- oder Hormonstörung in seiner Gesundheit gefährdet. In der Regel sind diese Erkrankungen genetisch, also erblich bedingt. Werden diese Krankheiten nicht frühzeitig erkannt, so drohen den betroffenen Kindern geistige und körperliche Behinderung oder gar der Tod.

Dieses Screening ist eine von allen Fachgremien auch international seit langem geforderte Präventivmaßnahme, die in Bayern seit 1999 zunächst im Rahmen eines Modellprojektes, seit dem 1. Juli 2005 in ganz Deutschland als Regelleistung allen Neugeborenen angeboten wird.

Untersuchung

Die Untersuchung sollte nach Möglichkeit bei jedem Neugeborenen zwischen der 36. und 72. Lebensstunde vorgenommen werden. Erfolgt die Untersuchung vor der 37. Lebensstunde, kann es vorkommen, dass eine vorliegende Erkrankung noch nicht erkannt werden kann. Die Untersuchung sollte dann vom Kinder- bzw. Hausarzt wiederholt werden. Dem Baby werden aus der Ferse ein paar Tropfen Blut entnommen, auf eine Testkarte getropft, getrocknet und in ein für diese Untersuchungen zugelassenes Labor geschickt.

Für die Blutentnahme sind die Geburtsklinik, die Hebamme oder der niedergelassene Kinderarzt verantwortlich. Wenn bei einem Kind der Verdacht auf eine angeborene Stoffwechselerkrankung bzw. Hormonstörung besteht, wird das Testergebnis den Einsendern, d.h. der Geburtsklinik, dem Arzt oder der Hebamme, umgehend mitgeteilt. Die Eltern des Kindes werden hierüber informiert. Es erfolgt eine Kontrolluntersuchung. Spricht auch der zweite Befund für eine Erkrankung des Kindes, so sollte dieses in einer für Stoffwechselkrankheiten bzw. Hormonstörungen spezialisierten Kinderklinik vorgestellt werden, um weitere Untersuchungen durchführen zu lassen. Bestätigt sich hier die Diagnose, wird sogleich die erforderliche Behandlung eingeleitet.

Welche sind die häufigsten der gescreenten Krankheiten?

Die häufigste im Screening entdeckte Krankheit ist die Hypothyreose, eine angeborene Schilddrüsenunterfunktion. Sie kommt bei etwa einem von 4.000 Neugebore-

nen vor. Die Erkrankung führt ohne frühzeitige Diagnose und Behandlung immer zu schwerer geistiger und körperlicher Behinderung. Bei frühzeitigem Therapiebeginn mit dem entsprechenden Schilddrüsenhormon und konsequenter, lebensbegleitender Behandlung sind die meisten betroffenen Kinder in ihrer geistigen und körperlichen Entwicklung von gesunden Kindern nicht zu unterscheiden.

Der Phenylketonurie (PKU) liegt ein Enzymmangel zugrunde, der bei etwa einem von 5000 Neugeborenen auftritt. Werden die Kinder nicht behandelt, fallen sie in den ersten Lebensjahren durch eine verzögerte körperliche und geistige Entwicklung sowie das gehäufte Auftreten von epileptischen Krampfanfällen auf. Meist bleibt die Sprachentwicklung aus, die Kinder sind geistig und körperlich behindert. Die Therapie besteht in der konsequenten Einhaltung einer speziellen eiweißarmen Diät, welche im ersten Lebensmonat beginnen muss. Die Diät sollte über das gesamte Leben erfolgen. Bei rechtzeitigem Therapiebeginn entwickeln sich die betroffenen Kinder nahezu normal.

Eine weitere Erkrankung ist der sogenannte MCAD-Mangel, eine Störung im Abbau der mittelkettigen Fettsäuren, die sich ohne Screening und Behandlung meist zwischen dem dritten und 15. Lebensmonat manifestiert. Immer dann, wenn der Körper auf die Energiegewinnung aus dem Fettsäureabbau angewiesen ist. Wird bei einem Neugeborenen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings ein MCAD-Mangel festgestellt, werden die Eltern über den vorliegenden Stoffwechselerkrankung eingehend aufgeklärt und sie erhalten einen Notfallausweis. In einer Langzeitstudie in Bayern konnte gezeigt werden, dass bei den Kindern, die bereits in den ersten Lebensstadien im Rahmen des Neugeborenen-Screenings erfasst wurden, sehr viel seltener bedrohliche Krisen auftreten. Darüber hinaus wurde nachgewiesen, dass durch die genannten Maßnahmen Todesfälle und Behinderung zuverlässig verhindert werden konnten.

Das Adrenogenitale Syndrom (AGS) ist eine Krankheit, die durch einen Defekt in der Synthese der Steroidhormone zu einer Überproduktion von männlichen Sexualhormonen führt. Das AGS kann in den ersten Lebenswochen zu einer lebensbedrohlichen „Salzverlustkrise“ führen, in der die Kinder, bleibt die Krankheit unerkannt und ohne Therapie, an einem schweren Salzverlust über die Niere versterben können. Aus diesem Grund sollte das AGS frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden. Der frühzeitige Beginn und die regelmäßige Durchführung einer Behandlung, die die Verabreichung der fehlenden Steroidhormone in Saft-

Ergebnisse des Neugeborenen-Screenings in Bayern
Untersucht 794.439 Kinder (1999 - 2005)

Erkrankungen	Zahl identifizierter Kinder	Häufigkeit
Hypothyreose	225	1: 3.531
Adrenogenitales Syndrom (AGS)	81	1: 9.808
Biotinidasemangel	11	1: 72.222
Galaktosämie	11	1: 72.222
Phenylketonurie (PKU)	156	1: 5.093
Ahornsirupkrankheit (MSUD)	8	1: 99.305
Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel	87	1: 9.131
Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase (LCHAD)-Mangel	3	1: 264.813
Very Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (VLCAD)-Mangel	5	1: 158.888
Carnitin-Palmitoyl-CoA-Transferase I Defekt (CPTI)-Mangel	1	1: 794.439
Carnitin-Acylcarnitin-Translocase (CACT)-Mangel	1	1: 794.439
Glutarazidurie Typ I (GAI)	10	1: 79.444
Isovalerialanazidämie (IVA)	3	1: 264.813
Gesamt	643	1:1.236

oder Tablettenform beinhaltet, ermöglicht eine normale Entwicklung der Kinder.

Das Screening wird auf weitere 8 angeborene Krankheiten durchgeführt, von denen ein Teil bereits in den ersten Lebenstagen zu schweren Stoffwechsellstörungen mit nachfolgender Behinderung oder dem Tod führen kann. Das Screening sollte daher unbedingt zwischen der 36. und 48. Lebensstunde durchgeführt werden.

Um das Recht eines jeden Kindes auf frühzeitige Therapie einer diagnostizierbaren angeborenen Stoffwechsellstörung gewährleisten zu können, wurde in Bayern das sog. „Tracking“ eingeführt. Das kooperierende Labor schickt, sofern die Eltern der Datenübermittlung zugestimmt haben, die Datensätze der gescreenten Kinder an das Screeningzentrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Die zuständigen Gesundheitsämter erhalten einerseits vom Vorsorgezentrum Namenslisten dieser gescreenten Kinder (nur Name und Geburtstag, keinen Befund), andererseits von den Einwohnermeldeämtern Listen mit den Namen der im Landkreis neugeborenen Kinder. Die Gesundheitsämter gleichen die Namen beider Listen ab und nehmen im Rahmen der Beratung zur Gesundheitsvorsorge (Art. 11 GDG) Kontakt zu den Eltern auf, deren Kinder nicht auf der Screeningliste stehen. Sie informieren über die Möglichkeiten des Screenings und klären, ob das Kind anderweitig untersucht wurde. Die Reaktion der Eltern auf die Kontaktaufnahme durch die Gesundheitsämter ist in der Regel positiv. Die Daten müssen im Gesundheitsamt nach sechs Wochen gelöscht werden.

In einem zweiten Teil des Trackings wird geprüft, ob bei wiederholungsbedürftigem Befund eine zweite Testkarte im Labor eingeht. Ist dies nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (abhängig vom Befund) der Fall, so nimmt das Screeningzentrum zum Einsender (z. B. Hebamme, Kinderarzt, Geburtsklinik), dem weiterbetreuenden Kinderarzt oder den Eltern Kontakt auf, mit der Bitte eine Kontrolluntersuchung durchzuführen.

20 % der wiederholungsbedürftigen Befunde würden sonst nicht in einem angemessenen Zeitraum kontrolliert. Befunden von Kindern, deren Eltern die Datenübermittlung abgelehnt haben, kann vom Screeningzentrum nicht nachgegangen werden.

Ergebnisse

Zwischen Januar 1999 und Dezember 2006 wurden in Bayern ca. 800.000 Kinder gescreent, das entspricht ca. 98,6 % der Neugeborenen. In diesem Zeitraum wurden 643 erkrankte Kinder im Screening identifiziert.

Bei 961 Kindern wurde das Screening auf Grund des Anschreibens durch das Gesundheitsamt nachgeholt. Bei 276 dieser Kinder waren die Testkarten niemals im Labor angekommen, während Eltern und Kinderarzt von einem unauffälligen Testergebnis ausgingen. Wiederholt war bei einer Verlegung des Neugeborenen die Screeninguntersuchung vergessen worden, obwohl das Screening im Untersuchungsheft vermerkt war. Letztendlich abgelehnt wird das Screening nur von 0,1 % der Eltern.

Zusammenfassend ist das erweiterte Neugeborenen-Screening auf behandelbare Stoffwechselerkrankungen und Hormonstörungen eine wichtige und sehr erfolgreiche Vorsorgemaßnahme. Im Rahmen des Modellprojektes in Bayern konnte gezeigt werden, dass durch die frühzeitige Erfassung der Kinder im Neugeborenen-Screening die Sterblichkeit und Behinderung der Patienten dramatisch gesenkt werden kann. Das Modellprojekt wurde in erheblichem Maße durch die gesetzlichen Krankenkassen unterstützt und damit erst ermöglicht. Die Ergebnisse des Projektes führten im Sommer 2005 zu einer deutschlandweiten Einführung des Neugeborenen-Screenings als Regelleistung der Krankenkassen. Damit kommt nun jedes in der Bundesrepublik Deutschland geborene Kind in den Genuss eines erweiterten Neugeborenen-Screenings. Unser Land hat hiermit im Interesse von Kindern mit angeborenen, erblichen Stoffwechselerkrankungen und Hormonstörungen für Europa und viele weitere Länder der Welt eine entscheidende Vorreiterrolle gespielt, die einer Vielzahl betroffener Kinder neue Chancen auf ein Leben in Gesundheit eröffnet.

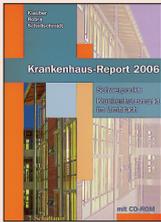
DR. MED. UTA NENNSTIEL-RATZEL MPH,

Sachbereich Prävention, Gesundheitsförderung, Screeningzentrum, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

PROF. DR. MED. ANIA C. MUNTAU,

Stoffwechsellzentrum, Dr. von Haunersches Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München.

LESENSWERT



Krankenhaus-Report 2006

Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Hrsg.: Jürgen Klauber, Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Dr. Henner Schell-schmidt. 2007, XIV, 448 S., 65 Abb., 68 Tab., kart., inkl. CD-ROM, € 49,95, ISBN 3-7945-2490-X. Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart.

Die Einführung der DRGs hat erwartungsgemäß strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft in Gang gesetzt. Der Wandel des Marktes bringt ordnungspolitische Herausforderungen mit sich. Im Vordergrund stehen Fragen nach dem Erhalt der öffentlichen Kontrolle und Verantwortung im Krankenhausmarkt, nach der Verhinderung von Monopolen, der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sowie der Versorgungsqualität. Zugleich verknüpft sich mit dem Wandel die Erwartung, dass der Krankenhausmarkt unter dem Einfluss der DRGs versorgungspolitisch sinnvoll, wirtschaftlich und ohne Abstriche bei der Qualität restrukturiert wird. Fortgeschrieben wird die krankenhauspolitische Chronik; sie reicht diesmal von August 2005 bis Juli 2006. Enthalten sind zudem die aktuellen Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Das Krankenhaus-Directory informiert über zentrale DRG-Parameter für mehr als 1600 deutsche Krankenhäuser für das Jahr 2005. Auf der beiliegenden CD-ROM finden sich für eigene Analysen und Auswertungen alle Abbildungen und Tabellen des Buches sowie die komplette krankenhauspolitische Chronik ab dem Jahr 2000 mit Dokumenten zum Herunterladen ab 2004.



Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland

Interessen – Anreize – Erste Ergebnisse von Stefan Rutz. 2006, 400 S., Abb., Tab., brosch., € 58,00, ISBN 3-89936-534-8. Josef Eul Verlag, Lohmar.

Am 01.01.2003 fiel der Startschuss zur Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen über ein fallpauschaliertes Vergütungssystem der German Refined Diagnosis Related Groups (G-DRG). An die Auswirkungen des DRG-Systems sind Erwartungen und Befürchtungen geknüpft. Aber sind DRG tatsächlich ein „Heilmittel“ zur Überwindung bestehender Strukturprobleme oder eher ein „Placebo“, welches die hohen Erwartungen verfehlt? Dieser Fragestellung geht der in der Task Force Krankenhaus der Barmer Ersatzkasse in Wuppertal tätige Autor im Rahmen seiner Untersuchung nach.

Im Fokus stehen dabei die ökonomischen Veränderungen durch die DRG-Einführung. Dazu erfolgt eine facettenreiche Einführung in den Problemfeld des Krankenhauswesens, eine Übersicht auf bereits bestehende DRG-Systeme sowie die Analyse internationaler Erfahrungen ihrer Implementierung am Beispiel Australiens. Der Prozess und die Rahmenbedingungen der DRG-Einführung in Deutschland wird mit Blick auf die Interessen der Akteure beim Entscheidungsprozess (v. a. Politik, Krankenkassen und Kliniken) untersucht. Dabei wird ökonomischen Anreizen aus der Gesetzgebung nachgegangen. An diese Ausführungen schließt sich die Analyse ökonomischer Anreizmechanismen des DRG-Systems anhand zweier fiktiver Kliniken und Krankenkassen an. Abschließend wird eine erste (Zwischen-) Bilanz der G-DRG-Einführung gezogen. Diese basiert v. a. auf der Analyse von BARMER-Abrechnungsdaten und regionalen Budgetvereinbarungen. Daraus werden Hinweise abgeleitet, inwiefern die Ziele der DRG-Einführung im Spannungsfeld divergierender Interessen bisher erreicht wurden.



Krankenhausstrategien der Krankenkassen im DRG-Zeitalter

von Volker Möws. Mit einem Vorwort von Dr. med. Christoph Straub. 2006, 151 S., brosch., € 9,90, ISBN 3-9809858-3-0. Meusch Verlag, Hamburg.

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland befindet sich durch die Umstellung des Vergütungssystems auf die sogenannten DRGs (Diagnosis Related Groups) in einem Veränderungsprozess. Krankenhäuser wie Krankenkassen müssen sich den damit verbundenen Aufgaben stellen, die Gemeinsamkeiten aber auch gegensätzliche Funktionen beinhalten. Der Autor, Referent für Krankenhausfragen in der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern der Techniker Krankenkasse, beschreibt, wie Kassen versuchen, nicht nur die Kosten, sondern auch die Leistungen der Krankenhäuser zu steuern. Seine Darstellung zeigt nicht nur, wie schmal der Grat ist zwischen Kostendruck und medizinischem Fortschritt. Das Buch ist auch ein Fallbeispiel für die Entwicklung der Krankenkassen von einer öffentlichen Verwaltung zu modernen Gesundheitsdienstleistern.

IMPRESSUM

Herausgeber:
E-Mail: LV-Bayern@VdAK-AEV.de
Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV
Telefon: 0 89 – 55 25 51-0 · Telefax: 0 89 – 55 25 51-14
Arnulfstr. 201a · 80634 München
Redaktion: Dr. Sergej Saizew · Verantwortlich: Christian Bredl