

2015/2016

innovare

Forschung | Netzwerke | Versorgung



Neue Maßstäbe
setzen

DAK
Gesundheit

Neue Maßstäbe setzen

Nie zuvor hat Technik eine so große Rolle in unserer Gesellschaft gespielt wie heute. Die Fortschritte in diesem Bereich dienen auch dem Gesundheitssystem: Unheilbare Krankheiten werden dadurch behandelbar, Vorsorge wird effizienter und das Management chronischer Krankheiten einfacher.

Damit technische Neuerungen den Patienten zugutekommen und sie die Versorgung tatsächlich unterstützen und verbessern, brauchen wir funktionierende Netzwerke und durchdachte Behandlungskonzepte. Diese Strukturen zu schaffen, ist eine wichtige Aufgabe der Krankenkassen: Wir sorgen dafür, dass die Menschen in Deutschland die beste Versorgung bekommen, die möglich ist. Wir tragen dazu bei, dass verschiedene Spezialisten Hand in Hand arbeiten, und lotsen Patienten mit teils komplexen Beschwerden zum passenden Programm. Um höchste Qualität in der Versorgung zu bieten, arbeiten wir mit den profiliertesten Partnern zusammen und setzen gemeinsam neue

Maßstäbe. Wir beteiligen uns aktiv am politischen Diskurs, damit Krankenkassen in Zukunft noch stärker zum Motor für Innovationen im Gesundheitsbereich werden können.

Unser Magazin **innovare** zeigt Ihnen, welche neuen Versorgungskonzepte wir gemeinsam mit unserem medizinisch-wissenschaftlichen Beirat entwickeln, evaluieren und etablieren. Sie erfahren, welche Themen uns und unsere Versicherten bewegen und welche Rolle Technik in der Versorgung von heute spielt. Wir freuen uns darauf, mit Ihnen in einen inspirierenden Dialog zu treten, und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.

Ihr



Professor Dr. h. c. Herbert Rebscher



Durch Forschung zu einer besseren Versorgung: Die DAK-Gesundheit engagiert sich für eine optimale Behandlungsqualität

- 4 **„Wettbewerb muss die Versorgung verbessern“**
Ein Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden der DAK-Gesundheit, Professor Dr. h. c. Herbert Rebscher
- 6 **Das Fundament**
Der medizinisch-wissenschaftliche Beirat berät die DAK-Gesundheit bei der Versorgungsforschung
- 8 **DAK-Gesundheitsreport 2015: Doping im Job**
Immer mehr Menschen betreiben Medikamentenmissbrauch, um im Arbeitsalltag zu bestehen
- Versorgungsforschung**
- 14 **Qualität, Effizienz, Innovationen**
DAK-Chef Herbert Rebscher fordert eine Reform des Kassenwettbewerbs und liefert Alternativen
- 18 **Versorgung in digitalen Zeiten**
Gesundheit boomt im Netz. Die DAK-Gesundheit fragt nach Risiken und Chancen der Internetisierung
- 20 **„Choosing wisely“**
Die Initiative „Klug entscheiden“ macht sich für eine optimale Krankenversorgung stark
- 22 **So pflegt Deutschland**
Was leisten pflegende Angehörige? Der Pflege-report der DAK-Gesundheit bietet Lösungen an
- 24 **Zweitmeinung maßgeschneidert**
Eine neue Lotsenplattform der DAK-Gesundheit begleitet Patienten bei der Therapiefindung
- 26 **Digitale Hilfe bei Depressionen**
E-Health-Anwendungen wie „deprexis“ helfen Menschen mit psychischen Problemen
- 27 **Es geht um Unterschiede**
Die Gendermedizin erforscht gesundheitlich relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern
- Versorgungsmanagement**
- 30 **Gut beraten – besser verheilt**
Ein neues Angebot der DAK-Gesundheit für Patienten mit chronischen Wunden hilft optimal
- 32 **Spritzen gegen Gendefekt**
Berliner Charité führt europaweit die erste Behandlung mit medikamentöser Gentherapie durch
- 34 **Moderne Therapie ohne Warteliste**
Neues ganzheitliches Konzept für Patienten mit Depressionen, Ängsten oder Burn-out
- 36 **Telemedizin für Diabetiker**
Telemedizin unterstützt Therapieverhalten und Selbstmanagement von Diabetes-Patienten
- 38 **Ärzte gegen Antibiotika**
Über eine gemeinsame Aufklärungskampagne von DAK-Gesundheit und Hausärzten
- 39 **Information statt Impfpflicht**
Aufklärung ist das beste Mittel, um in Deutschland die Impfbereitschaft zu steigern
- Netzwerke**
- 42 **Tabus brechen mit Schlagzeilen**
Pressekampagne der DAK-Gesundheit klärt über Demenz auf und informiert über Hilfsangebote
- 44 **DAK-Kampagne gegen Komasaufen wirkt**
Studie belegt: Teilnehmer am Plakatwettbewerb „bunt statt blau“ trinken weniger Alkohol
- 47 **Health in policies**
Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben
- 48 **Bücher und Studien der DAK-Gesundheit**
- 49 **DAK-Geschäftsbericht 2014**

„Wettbewerb muss die Versorgung verbessern“

Für die Versorgung kranker Menschen braucht es sorgfältig evaluierte Konzepte. Wie die Entwicklung gefördert werden kann, erklärt Professor Dr. h. c. Herbert Rebscher, der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit

Sie haben in diesem Jahr das Thema solidarische Wettbewerbsordnung erneut auf die politische Agenda gesetzt. Warum?

Nach rund 20 Jahren Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen sind alle Beteiligten ziemlich desillusioniert. Ob Wahltarife oder eine Beitragssystematik, die den Wettbewerb auf einen Preiswettbewerb reduziert und damit für Risiko-selektion sorgt – die bisherigen Ansätze waren nicht systematisch und meist wenig zielführend. Wettbewerb muss die Versorgung verbessern. Deshalb ist das Thema solidarische Wettbewerbsordnung heute so wichtig und aktuell wie vor 20 Jahren. Es gilt, diesen Kerngedanken neu zu definieren. Nur dann können wir einen konstruktiven und ergebnisorientierten Suchprozess nach den besten Versorgungslösungen starten.

Welche Krankheiten sehen Sie im Vordergrund?

Vor allem Menschen, die unter dauerhaften, belastenden Krankheiten leiden, brauchen eine bessere Versorgung. Ich denke dabei beispielsweise an chronische Krankheiten wie Diabetes, aber auch an psychische Erkrankungen. Ein großes Thema wird in Zukunft auch die Kooperation und Koordination bei komplexen Versorgungsprozessen ganz generell sein.

Niemals zuvor haben psychische Erkrankungen mehr Fehltage verursacht als im Jahr 2014. Wie reagieren Sie darauf?

Zunächst möchte ich betonen, dass die hohe Zahl der Ausfalltage wohl auch Resultat einer präziseren und ehrlicheren Dokumentation ist. Während früher eher Rückenschmerzen oder Magenprobleme diagnostiziert wurden, gehen Ärzte und Patienten heute viel offener mit psychischen Leiden um. Klar ist: Es gibt ein Versorgungsproblem. Betroffene warten zum Teil extrem lange auf Unterstützung. Wir helfen unseren Versicherten mit einer Reihe neuartiger Verträge, die einen schnellen und unkomplizierten Zugang zur Behandlung schaffen und sie zielgerichtet in die passende Therapie steuern. Außerdem ist das Thema E-Health bei psychischen Erkrankungen wie Depression oder Angststörung spannend; auch daran arbeiten wir.

Sie fordern ein Forschungs- und Entwicklungsbudget für die Versorgungsforschung der Krankenkassen. Sehen Sie das als Ergänzung oder Alternative zum bereits installierten Innovationsfonds?

Als Alternative. Mit unserem Vorschlag wollen wir ein neues Level der populationsorientierten Versorgung erreichen. In Zeiten des demografischen Wandels müssen wir sinnvolle Angebote



und Strukturen für chronisch Kranke oder multi-morbide Patienten entwickeln. Heute stecken die Kassen in einem Dilemma: Wer Schwerkranke gut versorgt oder überdurchschnittlich viele schwerkranke und damit teure Versicherte hat – zahlt letztlich drauf, weil die Finanzaufweisung aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) gerade bei diesen Patienten unzureichend ist. Ein Forschungs- und Entwicklungsbudget mildert dieses Problem und führt zu einer besseren Versorgung, die nicht mehr ökonomisch diskriminiert wird. Außerdem lernt das ganze System, wenn die Kassen sorgfältig und transparent evaluieren. Das ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Forderung.

Was muss sich in puncto Evaluation verbessern?

Im Moment findet Evaluation gar nicht oder nur unzureichend statt. Krankenkassen bieten Versorgungskonzepte an, ohne deren Sinnhaftigkeit belegen zu müssen. Das bringt das Solidarsystem nicht weiter. Ich plädiere für Transparenz, damit klar wird, wie unsere Bevölkerung überhaupt versorgt ist und wo es Handlungsbedarf gibt.

Wenn künftig alle Kassen die Ergebnisse ihrer Versorgungsforschung offenlegen und das beste Konzept übergreifend eingesetzt wird – sind wir dann auf dem Weg zu neuen Einheitslösungen?

Im Gegenteil, aus meiner Sicht führt das sogar zu einer stärkeren Differenzierung. Aktive Krankenkassen, die gute Angebote entwickeln, nutzen diese in den ersten Jahren exklusiv, sie haben also einen Wettbewerbsvorteil. Da Medizin und Technologie sich kontinuierlich weiterentwickeln und sich darüber hinaus die Problemstellung aufgrund der Überalterung der Gesellschaft ständig wandelt, ist das Innovationspotenzial riesig; auch das spricht gegen Einheitslösungen. Genau wie in jedem anderen Bereich ist auch im Gesundheitssystem Imitation Sinn des Wettbewerbs – so entsteht Fortschritt für alle.

Wie stellt die DAK-Gesundheit ihre Versorgungsqualität sicher?

Wir betreiben als Krankenkasse gemeinsam mit unserem medizinisch-wissenschaftlichen Beirat eine intensive Forschung im Rahmen unserer Verträge zur Integrierten Versorgung und der verschiedenen Disease-Management-Programme. Mit statistisch vergleichbaren Kontrollgruppen können wir herausfinden, ob unsere Konzepte den Patienten helfen und ob sie wirtschaftlich sind. Denn neben der Qualität ist auch das ein wichtiger Faktor im solidarischen Wettbewerb.

Das Fundament

Neue Projekte entwickelt die DAK-Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit ihrem medizinisch-wissenschaftlichen Beirat. Der berät bei Forschungsvorhaben, diskutiert über Leitlinien und bewertet neue Versorgungsformen

Die beste medizinische Leistung zu einem guten Preis anbieten – das ist das Ziel der DAK-Gesundheit. Um das zu erreichen, entwickelt die Kasse fortwährend neue Angebote für ihre Versicherten. Das Fundament dafür bildet der medizinisch-wissenschaftliche Beirat der DAK-Gesundheit. 14 namhafte GesundheitsökonomInnen, Forscher und Mediziner kommen zweimal im Jahr zusammen,

um sich über zukunftsweisende Projekte auszutauschen, die Kasse in Fragen der Gesundheitsökonomie zu beraten und neue Ansätze für die Forschung und das Versorgungsmanagement zu entwickeln. Bereits seit 2007 berät das Gremium die DAK-Gesundheit. Daraus sind viele Impulse und Ideen entstanden, die ins Versorgungsmanagement eingeflossen sind.

Der medizinisch-wissenschaftliche Beirat



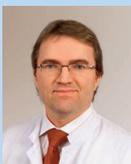
Professor Gerd Antes

Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums sowie Gründungs- und Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin DNEbM e. V.



Professor Michael Freitag

Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin, Department für Versorgungsforschung, an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



Professor Matthias Augustin

Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen und Leiter des universitären Wundzentrums (CWC) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Professor Gerd Glaeske

Co-Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen



Professor Claus Bartels

Geschäftsführender Gesellschafter der MedAdvisors GmbH in Hamburg



Professor Wolfgang Greiner

Leiter Gesundheitsökonomie und -management, Fakultät Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld



Professor Jörg F. Debatin

Vizepräsident und Chief Technology Officer des Medizinerherstellers GE Healthcare



Professor Eckhard Nagel

Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Essen, Professor an der Universität Bayreuth und Mitglied des Deutschen Ethikrats



Dr. Willy Oggier

Inhaber der Firma Dr. Willy Oggier
Gesundheitsökonomische Beratungen AG,
Küsnacht



Dipl.-Kaufrau Barbara Schulte

Geschäftsführerin für Finanzen und Infrastruktur
des KRH Klinikums Region Hannover



Professor Reinhard P. T. Rychlik

Direktor des Instituts für Empirische
Gesundheitsökonomie, Universität Bochum



Professor Karl Wegscheider

Direktor des Instituts für Medizinische
Biometrie und Epidemiologie am
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Professor J.-Matthias Graf von der Schulenburg

Direktor des Instituts für Versicherungsbetriebslehre
der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover



Professor Stefan N. Willich

Direktor des Instituts für Sozialmedizin,
Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
der Berliner Charité

Doping im Job

Immer mehr Menschen missbrauchen Medikamente, um im Beruf zu bestehen. Besonders betroffen: Beschäftigte mit einfachen Tätigkeiten oder unsicheren Jobs. Das zeigt der DAK-Gesundheitsreport 2015

Rund drei Millionen Menschen in Deutschland haben schon einmal verschreibungspflichtige Medikamente genommen, um im Job leistungsfähiger zu sein oder Stress abzubauen. Eine Million Berufstätige setzt sogar regelmäßig auf leistungssteigernde oder stimmungsaufhellende Medikamente, so das Ergebnis des DAK-Gesundheitsreports 2015. Für das Schwerpunktthema „Doping am Arbeitsplatz“ wurde untersucht, ob und wie Erwerbstätige ohne medizinische Notwendigkeit zu verschreibungspflichtigen Medikamenten greifen, um ihre kognitive Leistungsfähigkeit zu verbessern oder Ängste und Nervosität abzubauen. Experten nennen das pharmakologische Neuro-Enhancement oder auch Hirndoping. Für diese umfassende Auswertung hat die DAK-Gesundheit Arzneimitteldaten von 2,6 Millionen erwerbstätigen Versicherten analysiert und zusätzlich mehr als 5.000 Beschäftigte im Alter von 20 bis 50 Jahren befragt. Das Ergebnis: 6,7 Prozent der Berufstätigen, also knapp drei Millionen Menschen, haben das sogenannte Hirndoping wenigstens einmal praktiziert. 2008 waren es noch 4,7 Prozent, zeigt ein vergleichbarer DAK-Report. Regelmäßig und gezielt dopen sich laut Studie knapp eine Millionen Berufstätige (1,9 Prozent). Ein weiteres Ergebnis des Gesundheitsreports ist, dass es zudem eine hohe Dunkelziffer von bis zu zwölf Prozent gibt. Hochgerechnet auf alle Erwerbstätigen in Deutschland haben damit fünf Millionen Menschen mindestens einmal gedopt. Die begleitende Studie zeigt: Jeder Zehnte ist für das pharmakologische Neuro-Enhancement prinzipiell aufgeschlossen. „Auch wenn Doping im Job

in Deutschland noch kein Massenphänomen ist, sind diese Ergebnisse ein Alarmsignal“, warnt der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit, Professor Herbert Rebscher. „Nebenwirkungen und die Suchtgefahr sind nicht zu unterschätzen. Deshalb müssen wir auch beim Thema Gesundheit vorausschauen und über unsere Wertvorstellungen und Lebensstilfragen diskutieren.“

Auslöser für den Medikamentenmissbrauch sind meist hoher Leistungsdruck, Stress und Überlastung. Vier von zehn Betroffenen gaben an, bei konkreten Anlässen wie anstehenden Präsentationen oder wichtigen Verhandlungen entsprechende Arzneien einzunehmen. Männer versuchen so vor allem, berufliche Ziele noch besser zu erreichen. Und sie wollen auch nach der Arbeit noch Energie für Freizeit und Privates haben. Grundsätzlich greifen Berufstätige, die an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit ...

Doping im Job – diese Mittel werden eingesetzt:

1. Stimulanzien wie Methylphenidat und Modafinil zur Steigerung der Gedächtnisleistung und Wachheit
2. Antidementiva wie Piracetam und Memantin zur Steigerung der Gedächtnisleistung
3. Antidepressiva wie Fluoxetin zur Stimmungsaufhellung und Überwindung von Unsicherheit und Schüchternheit
4. Betablocker wie Metoprolol zum Abbau von Stress und Nervosität



Foto: iStock

Interdisziplinäres Forschungsprojekt

Die DAK-Gesundheit hat mit der Analyse der Daten zum pharmakologischen Neuro-Enhancement ein wichtiges Problem aufgezeigt, das immer brisanter wird. Wissenschaftler der Johannes Gutenberg-Universität und der Universitätsmedizin Mainz forschen auf diesem Gebiet jetzt weiter: Wie kommt ein Mensch überhaupt auf die Idee, Medikamente oder Drogen einzunehmen, um mehr leisten zu können? Wo informieren sie sich über die Substanzen? Welche Rolle spielen Ärzte, Apotheker und Medien beim Hirndoping? Ein interdisziplinäres Studienteam von Wissenschaftlern aus der Medizin, Soziologie, Philosophie und den Medienwissenschaften führt als zentrales Forschungsinstrument qualitative Interviews mit Konsumenten von Medikamenten beziehungsweise illegalen

Substanzen durch. Zusätzlich befragen die Forscher Journalisten, Ärzte und Apotheker und sie analysieren die Medien. Das von Prof. Dr. Klaus Lieb, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, und Prof. Dr. Oliver Quiring, Leiter des Lehr- und Forschungsbereichs für Kommunikationswissenschaft am Institut für Publizistik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, geleitete Projekt verfolgt das Ziel, erstmals den Wissenstransfer systematisch zu untersuchen und hinsichtlich seiner gesellschaftlichen Auswirkungen zu analysieren. Das Projekt hat eine Laufzeit von zunächst drei Jahren und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Weitere Informationen dazu finden Interessierte auf **www.neuroenhancement.uni-mainz.de**



Foto: thinkstock

... arbeiten oder bei denen Fehler schwerwiegende Konsequenzen haben können, eher zu leistungssteigernden Medikamenten. Frauen hingegen wollen mit Arzneimitteln eher erreichen, dass ihnen die Arbeit leichter von der Hand geht und sie emotional stabil genug sind. Vor allem die 40- bis 50-Jährigen helfen nach. Beschäftigte, die viel mit Kunden zu tun haben, nehmen überwiegend Tabletten zur Stimmungsverbesserung: Fast jede fünfte Frau, die Hirndoping schon mal praktiziert hat, nennt viele Kontakte mit Menschen als Motiv für das Hirndoping.

Insgesamt werden am häufigsten Medikamente gegen Angst, Nervosität und Unruhe (60,6 Prozent) sowie Medikamente gegen Depressionen (34 Prozent) eingenommen. Etwa jeder achte Doper nimmt Tabletten gegen starke Tagesmüdigkeit ein. 11,1 Prozent von ihnen nehmen Betablocker. Mehr als jeder Zweite bekommt für die entsprechenden Medikamente ein Rezept vom Arzt. Jeder Siebte erhält sie von Freunden, Bekannten oder Familienangehörigen, jeder Zwölfte bestellt ohne Rezept im Internet. Professor Dr. Klaus Lieb, Facharzt und

Der DAK-Gesundheitsreport

Seit 1999 analysiert die DAK-Gesundheit jährlich die Daten zur Arbeitsunfähigkeit aller Berufstätigen. Der Gesundheitsreport bietet einen verlässlichen Überblick über das Krankheitsgeschehen in der Arbeitswelt. Detailliertes Zahlenmaterial gibt Aufschluss über folgende Fragen: Wie unterscheiden sich die Krankenstände in den Wirtschaftsbranchen, Bundesländern, bei Alter und Geschlecht? Welche Krankheiten verursachen die meisten Fehltag? Gibt es Veränderungen gegenüber dem Vorjahr? Darüber hinaus widmet sich die DAK-Gesundheit jeweils vertiefend einem Schwerpunktthema.

Umfangreiche Datenauswertungen, Experten- und Bevölkerungsbefragungen fließen in die Forschung ein und liefern wertvolle Hintergrundinformationen für Unternehmen. Der DAK-Gesundheitsreport setzt damit auch Impulse für ein betriebliches Gesundheitsmanagement, welches Belastungen abbaut und die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmer fördert. Partner bei der Erstellung des Reports ist das IGES Institut, das die Auswertungen wissenschaftlich betreibt. Zu den Arbeitsfeldern des Instituts zählen die Versorgungsforschung und die Gesundheitsberichterstattung.

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, warnt besonders vor dieser Grauzone: „Der Bezug aus dem Internet ist riskant. Dort gibt es viele Fälschungen, die ohne Rezept abgegeben werden und der Gesundheit erheblich schaden können.“ Der Doping-Experte dämpft zudem Erwartungen an das pharmakologische Neuro-Enhancement: „Eine Wunderpille gibt es nicht. Oft zeigen die Medikamente nur kurzfristige und minimale Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Demgegenüber stehen hohe gesundheitliche Risiken, wie körperliche Nebenwirkungen bis hin zur Persönlichkeitsveränderung oder Abhängigkeit.“ Herzrhythmusstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Nervosität und Schlafstörungen seien nicht selten – und mögliche Langzeitfolgen noch völlig unklar.

Anders als vermutet, sind es nicht primär Top-Manager oder Kreative, die sich mit Medikamenten zu Höchstleistungen pushen wollen. Die DAK-Analyse weist sogar den umgekehrten Zusammenhang nach: Je unsicherer der Arbeitsplatz und je einfacher die Arbeit selbst, desto höher ist das Risiko für Hirndoping. Eine große Rolle spielt das Jobniveau: Beschäftigte mit

einer einfachen Arbeit haben zu 8,5 Prozent bereits Medikamente zur Leistungssteigerung oder Stimmungsverbesserung eingenommen. Bei Gelernten oder Qualifizierten sind es 6,7 Prozent. Bei den hochqualifizierten Beschäftigten waren es nur noch 5,1 Prozent.

Nach Ansicht von Experten ist neben der Situation am Arbeitsplatz auch die innere Haltung entscheidend, wenn es um das Risiko für das Dopen geht. Übertriebene Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit seien häufig ein Problem. Anstatt zur Pille zu greifen, sei es deshalb wichtig zu erkennen, dass Stress-Situationen am Arbeitsplatz nicht völlig vermeidbar sind. Laut DAK-Report ist der Großteil der Arbeitnehmer hier bereits auf dem richtigen Weg: Demnach achtet mehr als jeder Zweite auf eine gute Organisation bei der Arbeit. 44 Prozent der Beschäftigten ist es wichtig, die Freizeit möglichst sinnvoll zu verbringen. Sechs von zehn schlafen ausreichend, um besonders leistungsfähig zu sein.



Foto: iStock



Gesundheitsreport 2015

In der Arbeitswelt wachsen die Belastungen. Der Report geht erneut der Frage nach, inwieweit Doping im Job verbreitet ist, und fragt, ob heute mehr Arbeitnehmer dopen als noch vor sechs Jahren. Zu beziehen über medhochzwei Verlag, 173 Seiten, Preis 19,99 €, ISBN 978-3-86216-225-3

Versorgungsforschung

Die Themen: Solidarische Wettbewerbsordnung, EPatient Survey, Choosing wisely, Pflegereport 2015, Zweitmeinungsplattform, deprexis-Studie, Gendermedizin





Qualität, Effizienz – Innovationen

DAK-Chef Herbert Rebscher fordert eine Reform des Kassenwettbewerbs. Grundlage ist ein Gutachten, das fehlsteuernde Anreizstrukturen aufzeigt und Alternativen liefert



**Prof. Dr. h. c.
Herbert Rebscher**

Vorstandsvorsitzender der
DAK-Gesundheit

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 eingeführte freie Kassenwahl war der Startschuss für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Doch eine konkrete inhaltliche Ausgestaltung dieses Wettbewerbs der Krankenkassen wurde vom Gesetzgeber bis heute nicht stringent definiert. Mehr noch: Die vielen Reformschritte im Gesundheitswesen

waren bisher meist auf kurzfristige Lösungen ausgerichtet, zusammenhanglos und teils sogar in sich widersprüchlich. Die DAK-Gesundheit als große bundesweit agierende Versorgerkasse und das IGES Institut aus Berlin haben deshalb Bilanz gezogen: Wie gut funktioniert der Wettbewerb wirklich? Profitieren die 70 Millionen Versicherten von Innovation, Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung? Wo gibt es Verbesserungspotenziale? Welche Alternativen sind realisierbar?

Das IGES Institut analysierte im Auftrag der DAK-Gesundheit die Schwachstellen und Hemmnisse im bestehenden System und zeigt Reformoptionen auf. Hauptergebnis der umfassenden Untersuchung: Die Erwartungen an den Wettbewerb innerhalb der GKV haben sich nicht erfüllt. Denn der derzeitige reine Preiswettbewerb setzt falsche Anreize, die vor

allem 80 Prozent der – meist gesunden – jungen Versicherten den Vorteil bieten, Geld zu sparen. Das Solidarsystem wird dadurch finanziell geschwächt. „Eine solidarische Krankenversicherung kann nicht nur im Angebot von Individualtarifen und medizinisch teils fragwürdigen Satzungsleistungen bestehen. Das entzieht dem System die Mittel, die dringend für die Versorgung chronisch Kranker benötigt werden,“ warnt Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. „Vielmehr muss die Suche nach besseren Versorgungsverträgen das Ziel sein. Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung kann kein Selbstzweck sein.“

Neuausrichtung des Wettbewerbs

Die DAK-Gesundheit fordert deshalb eine Neuausrichtung des Wettbewerbs in der GKV. Ziele der angestrebten Reform sind mehr Qualität und Effizienz in der Versorgung. „Krankenkassen müssen dazu spürbare Anreize erhalten“, so Rebscher. Nach Einschätzung des IGES Instituts kann insbesondere der selektivvertragliche Wettbewerb um innovative Versorgungsformen in seiner bisherigen Form die Erwartungen nicht erfüllen. Das Institut schlägt vor, bei Verträgen mit Leistungserbringern künftig das Prinzip der „ergänzenden Selektivität“ zu fördern. Einzelverträge sollen die Regelversorgung nicht ersetzen, sondern ergänzen und innovative Lösungen liefern, die letztlich allen Patienten nachweislich nutzen.

Neues Kassenbudget für innovative Versorgung

Zu diesem Zweck soll laut IGES ein eigenständiges Krankenkassenbudget für die „Forschung und Entwicklung innovativer Versorgungsprozesse“ eingeführt werden. Als Größenordnung werden 0,5 Prozent des gesamten Beitragsaufkommens in der gesetzlichen Krankenversicherung genannt. Dies würde aktuell einer Summe von rund 922 Millionen Euro entsprechen. Die Gelder, über deren Verwendung die einzelnen Krankenkassen selbst entscheiden, sollen dem bestehenden Gesundheitsfonds entnommen werden, erklärt das Gutachten. Ziel ist es dabei, die teils hohen Überdeckungen für gesunde Versicherte abzubauen und zugunsten der Patientenversorgung einzusetzen.

Um die sinnvolle Verwendung der Gelder sicherzustellen, ist neben einer Evaluations- auch

eine Publikationspflicht vorgesehen, sodass erfolgreiche Angebote in die Regelversorgung übergehen können. Krankenkassen, die sich selektivvertraglich engagieren und damit Innovationen in das System tragen, müssen mit diesem Sonderbudget keine Wettbewerbsnachteile befürchten. Nur so entstehe ein echter Wettbewerb um eine hochwertige populationsorientierte Versorgung.

Die DAK-Gesundheit möchte mit den Reformvorschlägen die Diskussion um das Konzept der solidarischen Wettbewerbsordnung neu beleben. „Im Gutachten von IGES wird gezeigt, wie selektivvertraglicher Wettbewerb im Gesundheitswesen der Suche und Entwicklung innovativer Lösungen dienen kann anstatt dem primären Streben nach Preisrabatten und Ausgabensenkungen“, betont Herbert Rebscher.

Verbreitung innovativer Versorgungsprozesse



*BewA = Bewertungsausschuss **G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss

Drei Fragen zum Wettbewerb im Gesundheitssystem



Eva Walzik

Leiterin des Berliner Büros der DAK-Gesundheit

1. Wo liegen die Chancen und Risiken von Wettbewerb im Gesundheitswesen?

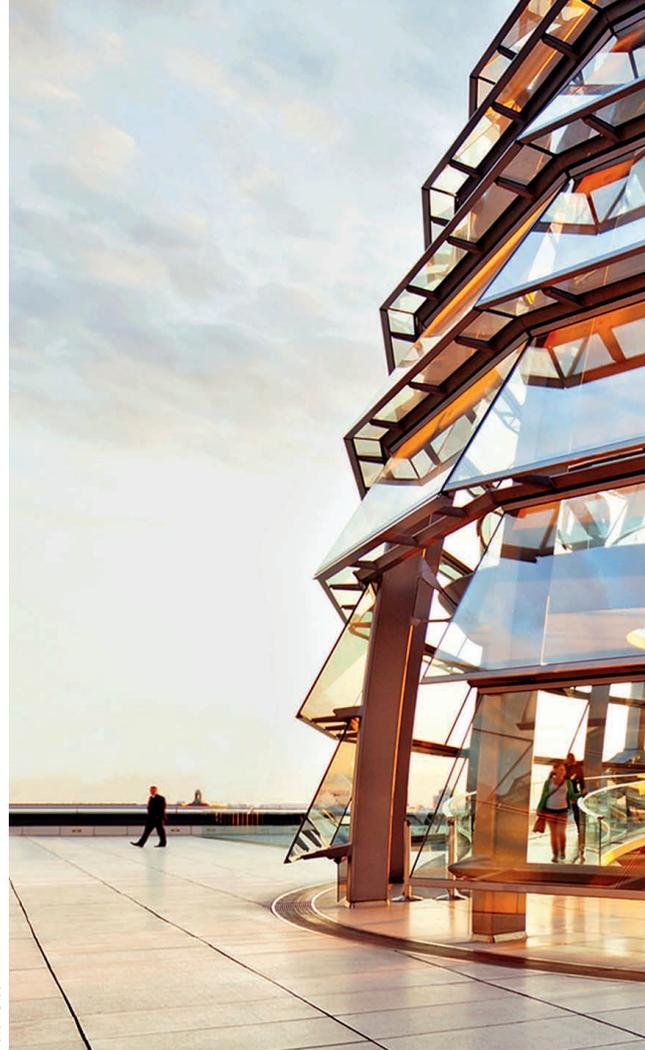
Wettbewerb darf nicht zu Risikoselektion oder Mehrklassenmedizin und damit zunehmender Ungleichheit führen. Er sollte keine dauerhafte Exklusivität des Angebotes herstellen. Wettbewerb hat vielmehr eine dienende Funktion. Er soll

den Suchprozess nach besseren Versorgungslösungen für Patienten initiieren. Die Suche ist notwendig, weil keiner weiß, was das Beste ist; erst im Suchprozess kann sich das herauskristalisieren. Wir benötigen also neben dem Kollektivvertrag zur Erprobung neuer Versorgungsformen verstärkt ergänzende Selektivverträge.

2. Bereits heute können Krankenkassen Selektivverträge schließen. Reicht das nicht aus?

Nein. Um die Versorgung zu verbessern, müssen die Rahmenbedingungen angepasst und Anreize gesetzt werden. So sollten Selektivverträge künftig verpflichtend evaluiert und publiziert werden. Beides ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit, da hier Beitrags-gelder zum Einsatz kommen. Bei der DAK-Gesundheit evaluieren wir bereits heute unsere Verträge und haben daher mit dem Gutachten auch unser Evaluationskonzept

Foto: iStock



veröffentlicht. Die Publikationspflicht wird dazu führen, dass gute Projekte in die Regelversorgung gelangen können und Fehler nicht wiederholt werden.

3. Die „ergänzende Selektivität“ ist eines von mehreren Wettbewerbsinstrumenten. Handelt es sich bei der geforderten Neuausrichtung am Ende um eine Beschränkung?

Einzelvertraglicher Wettbewerb mit ergänzender Selektivität ist ein optimaler Steuerungsansatz zur Erprobung neuer Versorgungslösungen. Für andere Bereiche können andere Ansätze sinnvoll sein, wie etwa exklusive Selektivverträge bei Arznei- und Hilfsmitteln oder nichtwettbewerbliche regulative Ansätze, wie etwa die Vorgabe von Qualitätsstandards. Auch im Gutachten wird daher nach Leistungsbereichen – also Krankenhäuser, Ärzte, Arznei- und Hilfsmittel – und Wettbewerbsparametern – wie Leistungsumfang, Preise, Innovation – differenziert.



Thesen zur Neuausrichtung des Wettbewerbs

1. Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist kein Selbstzweck.

Vielmehr dient er der Suche nach der besseren Versorgungslösung und ist daher vor allem ein Vertrags- und kein Preiswettbewerb. Ziel ist es, den Wettbewerb als einen Suchprozess zu initiieren (im Gutachten „ergänzende Selektivität“ genannt), bei dem die Erfahrung der Wenigen (Vertragspopulationen) zum Benchmark für die Verbesserung der Versorgung Aller (Gesamtpopulation) wird.

2. Bei der Etablierung von Wettbewerbsmodellen wurden bisher zwei Probleme unterschätzt.

Das Problem der Marktsplaltung: In der GKV werden von 20 Prozent der zumeist älteren, multimorbiden Versicherten 80 Prozent der Leistungen benötigt. Ein (reiner) Preiswettbewerb setzt damit vor allem bei den 80 Prozent der – zumeist gesunden – jungen Versicherten Anreize, Geld zu sparen, und schwächt somit finanziell das Solidarsystem der GKV. *Das Problem der fehlenden Akzeptanz* betrifft

Wettbewerbsmodelle, die darauf ausgerichtet sind, dauerhafte Exklusivität herzustellen. So akzeptieren Versicherte zum Beispiel nicht, dass der Zugang zu Ärzten von der gewählten Krankenkasse abhängt. Auch die Politik duldet keine für einzelne Bürger dauerhaft unterschiedlichen Versorgungslösungen.

3. Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen braucht vor allem Anreize für Krankenkassen, deren Versicherte überproportional von Multimorbidität betroffen sind.

Dies soll durch ein von IGES vorgeschlagenes kassenindividuelles Innovationsbudget geschehen. Die dazugehörigen Evaluations- und Publikationspflichten sorgen dafür, dass erfolgreiche Selektivverträge einzelner Krankenkassen für einen begrenzten Versichertenkreis durch Nachahmung in die Regelversorgung beziehungsweise den Kollektivvertrag übergehen können. Dies entspricht dem Ziel der GKV, eine populationsorientierte, bessere Versorgung herzustellen.

Versorgung gestalten in digitalen Zeiten

Das Thema Gesundheit boomt im Internet. Die DAK-Gesundheit analysiert das Nutzungsverhalten der Patienten und sondiert Versorgungschancen der Internetisierung



unabhängige Informationen, die für ihre persönliche Situation von Nutzen sind. „Gefragt sind keine allgemeinen Broschüren-Weisheiten, sondern konkrete Antworten für den Alltag“, erläutert Dr. Alexander Schachinger, Initiator des Surveys. „Die Patienten fragen sich beispielsweise, wie sie mit einer neuen Hüftprothese die Treppe hochgehen sollen oder nach einer Operation die Wundversorgung richtig machen. Antworten auf solche Fragen haben für sie eine hohe Relevanz.“

Chronisch Kranke – im EPatient Survey die größte Gruppe der Befragten –, die häufig in medikamentöser Therapie sind, suchen auch Angebote rund um ihre Arzneimittel: vor allem Medikamenten-Verzeichnisse oder Informationsportale für alternative Medikamente. Ein Drittel der befragten Patienten mit einer medikamentösen Therapie gab an, nach der Nutzung digitaler Dienste die Anweisungen des Arztes zu den Medikamenten besser zu verstehen und leichter befolgen zu können. „Es zeigt sich, dass digitale Interventionen ein erhebliches Potenzial haben, die Therapie- oder Medikationsadhärenz zu verbessern“, so Schachinger. Das machen die Survey-Ergebnisse sehr deutlich. Allerdings existieren bisher zwei Welten parallel nebeneinander: Das traditionelle Gesundheitssystem mit seinen Versorgungsstrukturen und der zweite Gesundheitsmarkt mit neuen digitalen Angeboten im Netz, mit Gesundheits-Webseiten, -Communities und -Apps. „Entscheidend wird sein, wie sich die beiden Welten künftig verbinden lassen“, unterstreicht Schachinger.

40 Millionen Deutsche nutzen das Internet für Gesundheitsfragen. Sie finden online 6.000 bis 8.000 deutschsprachige Gesundheits-Websites und -Apps vor, die nicht immer seriös sind, aber oft mit kommerziellen Interessen verbunden. Der nationale EPatient Survey erhebt seit 2010 jedes Jahr den Stand der Entwicklung und analysiert das Nutzungsverhalten von Gesundheits-Surfern und Patienten. Die DAK-Gesundheit unterstützt das Vorhaben, indem sie die Online-Befragung auf ihrer Website live schaltet. Allein am EPatient Survey 2015 haben sich rund 3.000 DAK-Mitglieder beteiligt.

Das wachsende Angebot im Internet hat Auswirkungen auf den Wissensstand der Patienten, auf ihre Arzt- und Therapiewahl, aber auch auf ihre Therapietreue. Die Menschen suchen

Im Idealfall bekommt in Zukunft ein Patient von seinem Arzt mit der Diagnose gleich eine passende digitale Anwendung empfohlen. „Die Menschen wollen solche Angebote“, so Schachinger. Sie wünschen sich von ihrem Arzt oder ihrer Krankenkasse beispielsweise Apps, die die Medikamenteneinnahme unterstützen. Und für den gesundheitlichen Mehrwert, den sie sich davon versprechen, sind sie bereit, persönliche Daten einzugeben und verarbeiten zu lassen. „Wir erleben hier gerade einen grundlegenden Einstellungswandel“, so Schachinger. Vorangetrieben wird er durch kommerzielle Anbieter, die mit ihren Innovationen den Weg bereiten. In vielen Smartphones ist beispielsweise eine Health-App vorinstalliert, in der sich nicht nur Daten für einen Notfalldatensatz speichern lassen. Sie ist faktisch eine elektronische Gesundheitsakte. Auch das Geschäft mit alltagstauglichen Sensoren boomt. Datenarmbänder und Smartwatches erfassen alle möglichen Gesundheitsdaten und übertragen sie an Apps auf dem Smartphone. Die Nutzung dieser Daten erfolgt derzeit unsystematisch, nicht qualitätsgesichert, ohne ausreichenden Datenschutz und spielt sich weitgehend im präventiven Bereich ab.

Aber vorstellbar sind für die Zukunft Anwendungssysteme, die sinnvoll in die Betreuung von chronisch Kranken oder in die Nachsorge nach Operationen eingebettet sind. Auch für die Versorgungsforschung können sich – im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten – ganz neue Felder eröffnen. „Im Ausland gibt es erste Ansätze für eine Gesundheitsforschung mithilfe des Netzes, die sogenannte ePatienten-Forschung“, erläutert Schachinger. „Sie kann etwa zeigen, dass und wie der Einsatz einer bestimmten App den Umgang der Nutzer mit ihrer chronischen Erkrankung verbessert.“ Sein Fazit: Die weitere Digitalisierung der Gesundheitsversorgung birgt ein großes Potenzial. „Nur darf man die Chancen nicht verschlafen!“



Dr. Alexander Schachinger

Geschäftsführer des Marktforschungs- und Strategieunternehmens EPatient RSG in Berlin. Der von ihm initiierte EPatienten Survey ist die reichweitenstärkste Befragung von Gesundheits-Surfern und Patienten im Internet im deutschsprachigen Raum.

Dr. Schachinger, der Nationale EPatient Survey beschäftigt sich mit dem Nutzungsverhalten von Gesundheits-Surfern. Was suchen die User im Netz?

Die Menschen suchen unabhängige Informationen, die relevant sind und erstklassig aufbereitet. Fachchinesisch, unklare Menüfunktionen oder komplizierte Anmeldeprozesse für Apps werden von vielen kritisiert.

Bedienungsfreundlichkeit ist demnach für viele Nutzer ein wichtiger Punkt.

Ja! Usability ist sogar die Voraussetzung dafür, dass sich ein digitaler Dienst breit durchsetzt. Natürlich können junge, gut ausgebildete Menschen auch dann mit Technik umgehen, wenn die Gebrauchsfreundlichkeit schlecht ist. Aber wenn ältere Menschen im Krankheitsfall einen digitalen Versorgungsdienst in Anspruch nehmen sollen, muss das Angebot einfach, verständlich und wirklich bedienungsfreundlich sein.

Welche Bedeutung kommt bei der Internetisierung den Krankenkassen zu?

Nichttraditionelle Anbieter wie Start-ups, Medien- und Verlagshäuser entwickeln viele erfolgreiche digitale Gesundheitslösungen. Dieser neue digitale Gesundheitsmarkt existiert derzeit neben den traditionellen Versorgungsstrukturen. Deshalb nehmen gerade ältere Zielgruppen Krankenkassen als eine Art Lotsen wahr. Die Kasse soll ihnen Apps und Gesundheitsdienste empfehlen.



Klug entscheiden

Die Initiative „Klug entscheiden“ macht sich für eine optimale Krankenversorgung stark. Dieses Ziel unterstützt die DAK-Gesundheit mit ihrer Versorgungsforschung



Prof. Dr. Gerd Hasenfuß
Vorsitzender der DGIM

Sofort ein MRT bei Rückenschmerzen, Beruhigungsmittel für Senioren und eine Vielzahl künstlicher Gelenke für Menschen in wohlhabenden Regionen – vor allem die medizinische Über- und Fehlversorgung sorgt immer wieder für negative Schlagzeilen. Doch oft wird auch zu wenig für Kranke getan, zum Beispiel bekommen Patienten mit Herzinsuffizienz selten ein Rezept für Ausdauertraining. An beiden Polen setzt die Initiative „Klug entscheiden“ an, mit der die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) die Versorgung nachhaltig verbessern will. Die Kampagne startete Ende 2014 und wird von der DAK-Gesundheit unterstützt. Ihr Vorbild ist die amerikanische Initiative „Choosing wisely“. Unter diesem Motto machen sich Ärzte in den USA für maßvolle Medizin stark.

„Wir wollen eine hohe Qualität der evidenzbasierten Versorgung sicherstellen“, erklärt Professor Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM, das Ziel der Initiative. „Die medizinischen Ressourcen müssen wohlüberlegt eingesetzt und mit den Patienten besprochen werden. Das verbessert automatisch auch die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten.“ Denn nicht selten tragen falsche Erwartungshaltungen zu einer nicht leitliniengetreuen Behandlung bei – etwa wenn ein Patient mit hartnäckiger Erkältung ein Rezept für ein Antibiotikum fordert und es wider besseres Wissens des Arztes auch bekommt. Aber auch die Sorge, etwas zu übersehen, sowie monetäre Anreize führen immer wieder zu Untersuchungen und Behandlungen, die schlicht unnötig sind. Im schlimmsten Fall schaden überflüssige Diagnostiken und Therapien den Patienten sogar mehr, als sie nutzen.

Reha en ungs ndheit y praxisnah operation Qualität DGIM Entscheidungen forschung

Gemeinsam mit den elf internistischen Fachgesellschaften arbeitet die DGIM deshalb zurzeit Top-10-Listen mit konkreten Empfehlungen aus, die den Ärzten im Behandlungsalltag helfen. „Es gibt zwar klare Leitlinien für die Therapie, aber trotzdem bekommen viele Patienten nicht die richtige Behandlung“, so Hasenfuß. „Denn die Leitlinien enthalten selten konkrete Hinweise, welche Untersuchungen oder Behandlungen Ärzte nicht durchführen sollten.“ Knappe, praxisnahe Handlungsempfehlungen sollen die Mediziner in Zukunft unterstützen und den Patienten dienen. Schon im Herbst 2015 wollen alle internistischen Fachgesellschaften zehn Empfehlungen aussprechen, um Über- und Unterversorgung zu vermeiden. Patienten können anschließend die wichtigsten Informationen in verständlicher Sprache auf einer frei zugänglichen Webseite lesen.



**Prof. Dr. J.-Matthias Graf
von der Schulenburg**

Direktor des Instituts für
Versicherungsbetriebslehre an
der Gottfried Wilhelm Leibniz
Universität Hannover

Verbesserung durch Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung der großen Krankenkassen leistet einen wichtigen, ergänzenden Beitrag zur Arbeit der medizinischen Fachgesellschaften, da sie Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland sichtbar macht. Die jüngsten Analysen der DAK-Gesundheit verdeutlichen zum Beispiel, dass die Antibiotikaverordnungen in nahezu 30 Prozent aller Fälle fragwürdig sind, weil sie nicht zur gestellten Diagnose passen. Sie verdeutlichen auch Mängel bei der leitliniengetreuen Versorgung von Menschen mit rheumatoider Arthritis oder bei der für die Vermeidung von Schlaganfällen entscheidenden medikamentösen Behandlung von Vorhofflimmern.

Die Vorteile der Routinedaten der Krankenkassen liegen auf der Hand: Zum einen gibt es gerade bei wichtigen Indikationen hohe Fallzahlen und zum anderen bilden die Daten die Versorgungsrealität im Alltag der Patienten ab. Um qualitätsgesicherte Erkenntnisse zu generieren, ist eine vergleichende Betrachtung klinischer Forschung sinnvoll – so können Unzulänglichkeiten beider Quellen ausgeglichen werden. Wenn die Forschungsergebnisse entsprechend Eingang in Leitlinien und Therapieempfehlungen für Ärzte finden, wird die medizinische Versorgung verbessert. Aber auch die Patienten sollten über wichtige Ergebnisse informiert werden. Aufklärung beugt Verunsicherung vor und erleichtert die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Auch hier können die Krankenkassen mit ihren vielfältigen Informationsmöglichkeiten einen entscheidenden Beitrag leisten.

So pflegt Deutschland

Depressionen, Rückenschmerzen: Viele pflegende Angehörige leiden unter dem alltäglichen Druck. In ihrem Pflegerreport beleuchtet die DAK-Gesundheit die häusliche Pflege – und bietet Lösungen an

Derzeit sind über 2,5 Millionen Menschen in Deutschland auf Pflege angewiesen. Die Zahl steigt, während gleichzeitig die Anzahl derer, die die Pflege übernehmen können, abnimmt – eine Folge des demografischen Wandels. Das stellt unsere Gesellschaft vor Herausforderungen, die nicht nur politische, sondern durchaus auch kulturelle Dimensionen haben. Der Umgang mit älteren Menschen und die Pflege gehen alle an.

Bereits jetzt spielt die häusliche Pflege eine tragende Rolle. 70 Prozent aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Bei 47 Prozent sind es Familienmitglieder, die sich kümmern – ohne Angehörige würde die Pflege in Deutschland nicht funktionieren. Deshalb steht dieser Aspekt im Zentrum des ersten Pflegerports der DAK-Gesundheit. Der Report stellt den derzeitigen Stand häuslicher Pflege dar und will Debatten anstoßen, wie die Zukunft der Pflege, mit besonderem Augenmerk auf den pflegenden Angehörigen, gestaltet werden muss.

Daher beschäftigt sich ein Teil des Reports mit der Gesundheit pflegender Angehöriger. Dass gerade diese Menschen unter großer Belastung stehen, wird mit Blick auf eine ähnlich strukturierte, jedoch nicht pflegende Vergleichsgruppe deutlich. So sind mehr als die Hälfte der rund 12.000 betrachteten pflegenden Angehörigen von psychischen Leiden betroffen, während es bei der Vergleichsgruppe nur knapp 40 Prozent sind.

Die psychische Belastung, unter der besonders viele pflegende Angehörige leiden, ist eine depressive Episode. Symptome sind gedrückte Stimmung, Müdigkeit am Morgen und eine mehr oder minder ausgeprägte Antriebslosigkeit. Betroffene fühlen sich niedergeschlagen und allein gelassen. Im Schnitt betrifft dies fast ein Fünftel der pflegenden Angehörigen, während bei der Vergleichsgruppe nur zwölf Prozent betroffen sind.

Doch Pflege ist nicht nur psychisch fordernd, sie strengt auch körperlich an. Einem erwachsenen Menschen beispielsweise aus dem Bett zu helfen, ist nicht leicht. So leiden überdurchschnittlich viele pflegende Angehörige an Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems. Knapp 16 Prozent sind davon betroffen, vier Prozent mehr als in der Vergleichsgruppe.

Um die internen Daten zu ergänzen, hat die DAK-Gesundheit eine Forsa-Befragung in Auftrag gegeben. Diese zeigt, wie wichtig pflegende Privatleute für Deutschland sind: Ein Drittel aller Deutschen haben demnach Pflegeerfahrung – sie pflegen jemanden oder haben dies in der Vergangenheit getan. Meistens bleibt die Pflege Familiensache. Fast jeder Zweite kümmert sich um einen eigenen Elternteil. Nur elf Prozent pflegen Schwiegermutter oder -vater. Nur noch wenige Schwiegertöchter übernehmen selbstverständlich die Pflicht der Pflege.



Foto: thinkstock

Die Forsa-Ergebnisse spiegeln in vielen Punkten wider, wie sehr eine Demenz die Pflege erschwert. Nicht nur, weil sich die konkreten Aufgaben dadurch ändern, sondern vor allem, weil der psychische Druck steigt. Viele pflegende Angehörige fühlen sich zeitlich oder auch psychisch überfordert – gut 70 Prozent geben dies an. Kümmern sie sich um einen Menschen mit Demenz, sagen die Befragten dies allerdings deutlich häufiger.

Trotzdem – auch dies ist ein Ergebnis der Befragung – pflegt jeder Siebte ganz allein. Zwei Drittel nutzen ambulante Pflegedienste und knapp 50 Prozent bekommen Hilfe von Familienmitgliedern. Nur jeder fünfte pflegende Angehörige kennt und nutzt die Pflegekurse, die alle Pflegekassen kostenlos anbieten. Dies kann daran liegen, dass ein Kurs immer auch bedeutet, zu festen Zeiten vor Ort zu sein – vielen Pflegepersonen fällt es schwer, sich diese Zeit im Alltag zwischen Pflege, Familie und Beruf zu nehmen. Eine

Erkenntnis des DAK-Pflegereports ist daher, dass Angebote für pflegende Angehörige genauer auf deren spezielle Lebensumstände zugeschnitten werden müssen.



Die DAK-Gesundheit geht neue Wege und bietet mit dem DAK-Pflegecoach einen innovativen Online-Pflegekurs an. Der Kurs ist, wie herkömmliche Kurse auch, zertifiziert und kostenlos. Er hat aber den Vorteil, dass pflegende Angehörige sich die Zeit frei einteilen können. Verschiedene Module und Filme vermitteln wichtiges Know-how der häuslichen Pflege und können jederzeit an allen Endgeräten wie etwa Laptop oder Tablet erlernt werden. Zusätzlich bietet der DAK-Pflegecoach die Möglichkeit der Kommunikation: Eine Art soziales Netzwerk bringt pflegende Angehörige zusammen, sodass sie sich, auch anonym, über Fragen und Probleme austauschen können. Der Online-Kurs ist im Internet unter www.dak.de/pflegecoach erreichbar.

Zweitmeinung maßgeschneidert

Um Patienten bei der Therapiefindung zu begleiten, hat die DAK-Gesundheit ein Zweitmeinungsverfahren über eine Lotsenplattform implementiert

Die Zahl der Operationen in Deutschland steigt stetig und überproportional stark zur demografischen Entwicklung. Jeder Eingriff birgt das Risiko negativer Folgeerscheinungen, im Anschluss steht oft eine aufwendige Rehabilitation an. Tatsächlich gibt es aber bei

ärztlichen Entscheidungen häufig einen Ermessensspielraum und zur Operation nicht selten sinnvolle Alternativen, bei Rückenbeschwerden etwa konservative Therapien wie Physiotherapie oder Entspannungsverfahren. Nur muss der Patient diese kennen und beim Abwägen der Optionen qualifiziert begleitet werden – am besten durch eine ärztliche Zweitmeinung. „Wer würde nicht gern auf eine Operation verzichten, die er nicht wirklich braucht?“, fragt Gregor Drogies. Als Leiter des Bereichs Entwicklung und Analytik im Versorgungsmanagement der DAK-Gesundheit verantwortet er ein Projekt, mit dem die DAK-Gesundheit sich für die ärztliche Zweitmeinung starkmacht.

Was viele nicht wissen: Jeder gesetzlich Versicherte hat hierzulande das Recht, bei Zweifeln an einer Diagnose oder Therapie einen zweiten Arzt zu konsultieren. Fest verankert ist dies auch im neuen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das bis zum 1. Januar 2016 vollständig in Kraft tritt. Es verpflichtet Ärzte sogar dazu, Patienten vor bestimmten Eingriffen auf ihren Anspruch auf eine Zweitmeinung hinzuweisen. Auch bei vielen Krankenkassen steht das Thema auf der Agenda. Bei der DAK-Gesundheit und dem Berliner IGES Institut fiel im Sommer 2014 der Startschuss für ein gemeinsames Projekt: die Entwicklung eines Zweitmeinungsverfahrens, um langfristig Fehlversorgung zu reduzieren, veraltete Therapien zu vermeiden und Versorgungsalternativen aufzuzeigen. Zunächst führten die Versorgungsexperten eine umfangreiche Marktforschung durch (siehe Kasten). Um die daraus





Prof. Dr. Claus Bartels
Geschäftsführender
Gesellschafter der
MedAdvisors GmbH. Zuvor
leitete er das Universitäts-
klinikum Greifswald und das
AK St. Georg in Hamburg.
Er lehrt am Universitätskli-
nikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck

Dass das sehr wichtige Thema Zweitmeinung von der DAK-Gesundheit nach vorn gebracht und unterstützt wird, begrüße ich sehr. Bei wem bekomme ich eine wirklich fundierte Zweitmeinung – mit dieser Frage sind Patienten in der Regel überfordert. Gut, wenn da die Krankenkassen einspringen und eine Plattform zum leichteren Einholen von Zweitmeinungen einrichten, wie es die DAK-Gesundheit mit ihrem Zweitmeinungslotsen getan hat. Ein sinnvoller nächster Schritt wäre eine genauere Auseinandersetzung mit der Qualifikation der vorgeschlagenen Mediziner. Meine persönliche Empfehlung ist, sich für eine Zweitmeinung eher an einen Facharzt im stationären Bereich zu wenden, weil dieser bei interventionellen oder operativen Verfahren häufig mehr Erfahrung hat als ein niedergelassener Kollege.

gewonnenen Erkenntnisse zeitnah und effektiv umzusetzen, entschied man sich für eine online-basierte Lösung: eine Lotsenplattform, die bestehende Angebote und neue Inhalte bündelt. Auf www.dak.de/zweitmeinung werden Versicherte seit Juli 2015 im Vorfeld planbarer Eingriffe mit maßgeschneiderten Informations- und Beratungsangeboten begleitet. „Ziel war es, den Weg zu einer kompetenten zweiten Meinung zu vereinfachen“, stellt Drogies klar. „Es geht nicht um einen Ersatz von ärztlicher Leistung.“

Der laut Marktforschung evidenten großen Unsicherheit der Patienten – beim Ausschöpfen ihrer Möglichkeiten ebenso wie bei der Kommunikation mit Ärzten – begegnet der innovative Zweitmeinungslotse mit diversen Angeboten. Im Mittelpunkt stehen dabei ein medizinisches Expertentelefon, über das der eigene Fall individuell erörtert werden kann, sowie der Arzttermin-Service der DAK-Gesundheit. Neu eingeführt wurde eine OP-Checkliste, die dem Patienten bewusst macht, welche Punkte er rechtzeitig mit seinem Arzt erörtern sollte. Jeder Nutzer wird durch den Lotsen zielgerichtet zu den für ihn passenden Hilfen und Informationen geführt. Neben dem Online-Angebot haben Versicherte auch die Möglichkeit, über die DAK-Kunden- und Gesundheitsberater entsprechende Inhalte abzurufen. „Für die Versicherten ist der Zweitmeinungslotse ein großer Gewinn“, ist Gregor Drogies überzeugt. Neben mehr Sicherheit bei der Entscheidung für oder gegen bestimmte Therapien würden sie in ihrer Eigeninitiative gestärkt.

Marktforschung

- Befragt wurden 1.000 40- bis 75-jährige Versicherte mit einer Operation in den letzten drei Jahren, der kein Unfall zugrunde lag.
- Im Fokus: 14 Indikationen mit hohem Vermeidungspotenzial, unter anderem Knie-, Hüft-, Darm-, Herz- und Wirbelsäulenerkrankungen.
- 160.000 solcher Eingriffe werden pro Jahr bei Versicherten der DAK-Gesundheit vorgenommen.
- 30 Prozent davon wären vermeidbar, so das IGES Institut auf Basis von diversen Studien.
- In gut einem Drittel dieser Fälle würden die Patienten dennoch einer Operation gegenüber einer Alternativbehandlung den Vorzug geben.

Digitale Hilfe bei Depressionen

E-Health-Anwendungen wie deprexis helfen Menschen mit psychischen Problemen. Eine neue Studie untersucht die Potenziale aus gesundheitsökonomischer Sicht



Prof. Dr. Wolfgang Greiner lehrt Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld

Psychische Erkrankungen werden immer häufiger diagnostiziert. Besonders Depressionen belasten die Beschäftigten in Deutschland. Nie war die Zahl der Fehltage aufgrund dieser Erkrankung so hoch wie im Jahr 2014: Laut DAK-Statistik entfielen auf 100 Versicherte 112 Ausfalltage wegen Depressionen. Der Anstieg ist rasant, in den

letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der Fehltage mehr als verdoppelt. Die angemessene und rechtzeitige Versorgung der Betroffenen ist angesichts des begrenzten Angebots verfügbarer Therapieplätze schwierig. Besonders bei einer leichten bis mittelschweren Depression können den Betroffenen neben der klassischen Psychotherapie auch E-Health-Programme helfen – ergänzend oder sogar singulär. Das etablierteste Online-Therapieprogramm ist deprexis. Es verbindet evidenzbasierte Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie mit einer mobilen Plattform- und Dialogtechnologie. Die Nutzer werden in ihrer eigenen Sprache angesprochen und werden mit praktischen Übungen im Alltag unterstützt. Außerdem fragt deprexis regelmäßig das Befinden ab, sodass Entwicklungen sichtbar werden.

Zwischen 2009 und 2015 haben fünf randomisierte Studien mit Kontrollgruppen die Wirksamkeit der Anwendung belegt. Mit dem Programm konnten mittlere bis große Effektstärken auf die depressive Symptomatik erzeugt werden. Auch die Patientenzufriedenheit ist mit 80 Prozent hoch.

Ob deprexis tatsächlich das Potenzial hat, Versorgungslücken zu schließen, Ausfalltage und durch Depressionen ausgelöste Folgekosten zu verringern, untersucht die DAK-Gesundheit gemeinsam mit dem Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld in einer breit angelegten Studie. Rund 3.800 geeignete Versicherte nahmen zwischen 2012 und 2014 an der Vergleichsstudie unter der Leitung von Professor Wolfgang Greiner teil. Neben den Kosteneffekten bewerteten die Gesundheitsökonominnen sowohl die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als auch die der Krankheit selbst. Wichtigstes Ergebnis: Die depressive Symptomatik in der Gruppe der deprexis-Nutzer nimmt im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant ab. Das ist gut für Gesundheit und Wohlbefinden des Einzelnen und entlastet somit auch gleichzeitig Krankenkassen und Arbeitgeber.



„Es geht um Unterschiede“

Frauen sind wie Männer – nur kleiner? Falsch! Die Gendermedizin erforscht Unterschiede, die für Gesundheit und Krankheit wichtig sind. Ein Gastbeitrag von Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek



**Prof. Dr. Vera
Regitz-Zagrosek**

Direktorin des Instituts für
Geschlechterforschung in der
Medizin an der Berliner Charité

Frauen und Männer sind gleich? Das ist falsch – und war doch lange die vorherrschende Annahme in der Medizin. Und noch immer werden bei Medikamenten-Tests an Tieren vornehmlich Männchen verwendet. Sie haben keinen Zyklus, was sie unkomplizierter und wirtschaftlicher macht. So ist der männliche Körper in der Medizin die Norm. Hormonelle, genetische und physiologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern bleiben in der Praxis unberücksichtigt und nur sehr wenige Medikamente und deren Dosierungsempfehlungen sind auf Patientinnen zugeschnitten.

Daher ist die Gendermedizin, obwohl sie ein Nischendasein führt, eine wichtige Disziplin sowohl für die Forschung als auch für die Praxis. Sie kümmert sich um die Unterschiede zwischen Männern und Frauen: die biologischen, die soziologischen und auch jene, wo sich beide Bereiche berühren. Denn wenn sich zum Beispiel bestimmte, geschlechtsspezifische Ernährungsweisen auf den Stoffwechsel auswirken, wird aus gesellschaftlicher Prägung ein körperliches Merkmal. Aus diesem Grund sehe ich die Gendermedizin nicht als feministisch an. Höchstens ist sie zufällig feministisch – sie will eine bestmögliche Versorgung für alle erreichen und ist nicht ideologisch geprägt. Letztlich gibt es auch zahlreiche Bereiche der Medizin, in der Männer

das Nachsehen haben, wenn es etwa um die angebliche Frauenerkrankung Depression geht. Diese Krankheit wird von und bei Männern oft übersehen oder erst gar nicht in Betracht gezogen.

Frauen hingegen wissen oft gar nicht, dass auch bei ihnen Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meisten Todesfälle fordern – Herzinfarkt und Schlaganfall werden eben eher mit Männern assoziiert. Hier setzt die BEFRI-Studie an, die unter meiner Leitung in Berlin durchgeführt wurde. Sie hat bestätigt, dass Herzerkrankungen und entsprechende Signale bei Frauen oft nicht wahrgenommen werden. Das Ziel ist jetzt, mithilfe dieser Ergebnisse die Datenerhebung in Deutschland und ganz konkrete Präventionsmaßnahmen zu verbessern, damit diese Erkrankungen besser behandelt werden.

Wenn es um die optimale Anwendung von Medikamenten geht, kann Schweden ein Vorbild für mehr Wissen und Transparenz sein: Dort ist derzeit eine Datenbank im Aufbau, in der geschlechterrelevante Informationen zu auf dem Markt befindlichen Mitteln gesammelt werden. Immerhin gibt es bei einem Viertel aller Medikamente signifikante Unterschiede in Dosis und Wirkung. Bei den meisten sind sie allerdings noch immer unbekannt. So etwas in Deutschland oder europaweit aufzubauen, wäre ein großer Schritt, der die Versorgung und Behandlung von Patientinnen und Patienten maßgeblich verbessern würde – und das ist das Kernthema der Gendermedizin.

Versorgungsmanagement

Die Themen: Chronische Wunden, seltene Erkrankungen, ganzheitliche Psychotherapie, Telemedizin für Diabetiker, Antibiotika, Impfmüdigkeit



Gut beraten, besser verheilt

Aus einem Projekt der DAK-Gesundheit ist ein Angebot für Patienten mit chronischen Wunden in ganz Deutschland geworden. Sowohl die Betroffenen als auch die Ärzte und Pflegekräfte profitieren davon

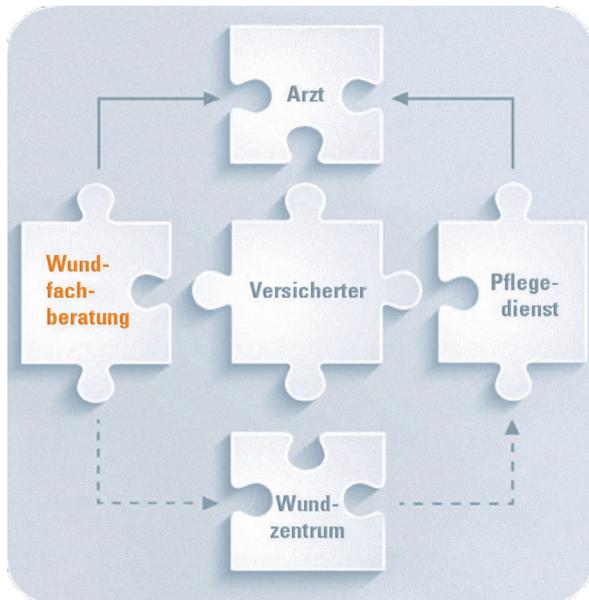
Eine Amputation schien der letzte Ausweg zu sein. 14 Jahre lang litt Marion G. unter ihrem offenen Bein. Neben starken Schmerzen und einer Schwellung, die jeden Schritt erschwerte, ging mit der Wunde ein unangenehmer Geruch einher. Sie fühlte sich so stigmatisiert, dass sie kaum noch das Haus verließ. Nichts half. Glücklicherweise landete Marion G. nach einer letzten Reha in einem Pflege-Therapie-Stützpunkt für Menschen mit chronischen Wunden. Die Wundexperten arbeiteten Hand in Hand mit Fachärzten, Physiotherapeuten, der Patientin und ihrer Krankenkasse, der DAK-Gesundheit. Die konsequente Versorgung führte schließlich zum Erfolg: Seit drei Jahren ist die Wunde verheilt und die heute 62-Jährige kann wieder unbeschwerter leben.

Marion G. ist kein Einzelfall. Experten gehen davon aus, dass bis zu 1,5 Millionen Menschen in Deutschland chronische Wunden haben. Da die Behandlung ausgesprochen zeit- und kostenintensiv ist, hat die DAK-Gesundheit im Rahmen eines mittlerweile abgeschlossenen Pilotprojekts geprüft, was verbessert werden kann. Wichtigste Erkenntnis: „Damit Wunden heilen, ist Expertise gefragt. Die ist vielerorts noch ausbaufähig“, sagt Gabriela Kostka,

Projektleiterin in der Arbeitsgruppe Versorgungsmanagement – Entwicklung und Analytik bei der DAK-Gesundheit. „In unserem Pilotprojekt haben deshalb ausgebildete Wundfachberater die Patienten, Ärzte und Pflegedienste unterstützt und vernetzt.“ Der Erfolg ist messbar: Im Schnitt schlossen sich chronische Wunden drei Monate schneller und wurden um 40 Prozent kleiner. Außerdem halbierte sich die Zahl der schmerzhaften wöchentlichen Verbandwechsel auf durchschnittlich 2,5 Mal pro Patient.

Seit Januar 2015 ist aus dem Pilotprojekt ein bundesweites Angebot für DAK-Versicherte geworden. Allein in den ersten fünf Monaten konnten die Versorgungsmanager anhand der Rezeptdaten mehr als 7.000 Versicherte mit Wundheilungsstörungen identifizieren und gezielt informieren. „Unsere Gesundheitsberater und die behandelnden Ärzte sorgen dafür, dass die Betroffenen von dem neuen Angebot erfahren und von einer modernen, zielgerichteten Wundversorgung profitieren“, erklärt Kostka. Die Nachfrage ist größer als erwartet: Fast 900 Patienten haben bereits eine Wundfachberatung in Anspruch genommen. Dazu kommen 150 Betroffene, die in bestehende regionale Spezialisten-Netzwerke zur Behandlung chronischer Wunden gesteuert wurden. Weitere 350 nehmen bereits an Behandlungsverträgen zur Integrierten Versorgung teil. Das bedeutet, dass innerhalb von fünf Monaten bereits 20 Prozent der 7.000 betroffenen Versicherten von qualifizierten Experten beraten und – falls nötig – auf eine zeitgemäße





Behandlung umgestellt wurden. So wird die Versorgungssituation optimiert und auch seit langem stagnierende Wunden können verheilen.

Das Angebot der Wundfachberatung entlastet nicht nur die Patienten, sondern auch die behandelnden Ärzte. Denn je besser eine Wunde verheilt, desto höher ist die Patientenzufriedenheit. Dadurch sinkt die Zahl der Arztbesuche und der Verordnungen – das schont das individuelle Praxisbudget und letztlich auch das gesamte Gesundheitssystem. „Die vernetzte Betreuung stellt die teilweise extrem belasteten Patienten in den Mittelpunkt. Letztlich kommt sie aber allen Beteiligten zugute – den Haus- und Fachärzten, den Pflegekräften, die die häusliche Versorgung gewährleisten, und den Krankenkassen“, fasst Kostka zusammen.

So funktioniert das Wundmanagement der DAK-Gesundheit

- Die DAK-Gesundheit informiert Ärzte und Patienten über das Angebot.
- Die Gesundheitsberater der Kasse vermitteln Patienten den Kontakt zu einem Wundfachberater in der Nähe.
- Die Betroffenen werden ganzheitlich beraten, auch bezüglich Hautpflege, Ernährung und Mobilität.
- Der Wundexperte berät Ärzte und Pflegedienste hinsichtlich der Versorgung mit passenden Verbandmitteln und sorgt für eine Vernetzung aller Beteiligten.



Prof. Dr. Matthias Augustin

Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen und Leiter des universitären Wundzentrums (CWC) am UKE

Zielgerichtete Heilung

Der Heilungsprozess chronischer Wunden ist komplex: So früh wie möglich muss die Ursache der Wunde ermittelt und mitbehandelt werden. Die Wundpflege muss leitliniengerecht und nach modernen Methoden erfolgen, darüber hinaus ist es wichtig, dass die Schmerzen gelindert werden und die Patienten Zuwendung bekommen. Neue Studien haben gezeigt, dass die Heilung trotzdem oft stagniert, weil die Zielorientierung bei der Behandlung fehlt. Deshalb sind die Kontrolle der Versorgungsqualität und die klare Definition von Behandlungszielen entscheidend. Es motiviert auch die Patienten, wenn sie wissen, dass die Ärzte diese Ziele stringent verfolgen.

Da die Wundbehandlung Expertenwissen erfordert, ist die vernetzte Therapie der beste Weg für alle Beteiligten. Eine große Rolle spielt dabei die Telemedizin. In Hamburg bieten wir in Kooperation mit den Krankenkassen digitale Visiten zur Unterstützung der Behandler und Patienten an. Das ist eine gute Möglichkeit, Wundspezialisten ohne Zeitverlust zu Rate zu ziehen und die Versorgung zu verbessern. Unsere Erfahrungen bestätigen die Studien, die es zu vergleichbaren Projekten im Ausland gibt: Das Engagement der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte sowie der Betroffenen ist höher, die Abheilungsraten und die Lebensqualität der Patienten steigen signifikant.

Spritzen gegen Gendefekt

Leben retten mit einer Million Euro: An der Berliner Charité wird europaweit die erste Patientin mit einer medikamentösen Gentherapie behandelt. Der Beginn einer neuen medizinischen Ära



Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen leitet das Interdisziplinäre Stoffwechsel-Centrum an der Charité in Berlin, außerdem die Forschungsgruppe Geriatrie sowie die Ernährungsberatung und Diätetik

Sybille Lindenau (Name geändert) leidet unter einer sehr seltenen Erbkrankheit, der Lipoproteinlipase-Defizienz, kurz LPLD. Aufgrund eines Gendefekts fehlt ihr das Enzym Lipoproteinlipase, das der Körper für den Abbau von Blutfetten (Triglyceride) braucht. Die Folge der massiv erhöhten Blutfettspiegel sind immer wieder auftretende, schmerzhafte Bauchspeicheldrüsenentzündungen. Die können so gravierend sein,

dass die Patientin auf der Intensivstation behandelt werden muss. Im schlimmsten Fall führt die Krankheit zu einem frühen Tod. Das Schicksal der Anfang 40-Jährigen teilen circa 20 bis 40 erwachsene Patienten in Deutschland.

LPLD ist eine Erbkrankheit, die bis dato unheilbar war. Dank eines neuartigen Medikaments namens Glybera besteht nun Hoffnung, den Gendefekt zu beheben. In Kanada und in den Niederlanden sind bereits 27 Patienten in klinischen Studien mit diesem Wirkprinzip behandelt worden, was zur Zulassung der ersten medikamentösen Gentherapie in Europa geführt hat. Professor Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Leiterin des Interdisziplinären Stoffwechsel-

Centrums an der Berliner Charité, wird gemeinsam mit ihrem Team das Medikament deutschland- und europaweit erstmals außerhalb der klinischen Studien einsetzen. Die DAK-Gesundheit, bei der Sybille Lindenau versichert ist, fördert dieses innovative Therapiekonzept und begleitet die Patientin während der Dauer der Behandlung und in der Zeit danach. „Früher haben wir lediglich festgestellt, dass jemand einen hohen Cholesterin- oder Triglyceridspiegel hat“, sagt Steinhagen-Thiessen. „Im Zeitalter der molekulargenetischen Diagnostik können wir Krankheiten viel genauer einem Gendefekt zuordnen oder herausfinden, was eigentlich dahintersteckt. Dies ist die Basis für eine ganz neue Ära der Therapie.“ Die Wissenschaftler gehen genetischen Mutationen mit aufwendigen Tests auf die Spur, um die Ursachen der Krankheiten besser zu verstehen und gezielter behandeln zu können. Bei genetischen Defekten konnte man bisher nur die Symptome behandeln, doch mit dem neuen Medikament gibt es jetzt zum ersten Mal einen ursächlichen Wirkansatz.

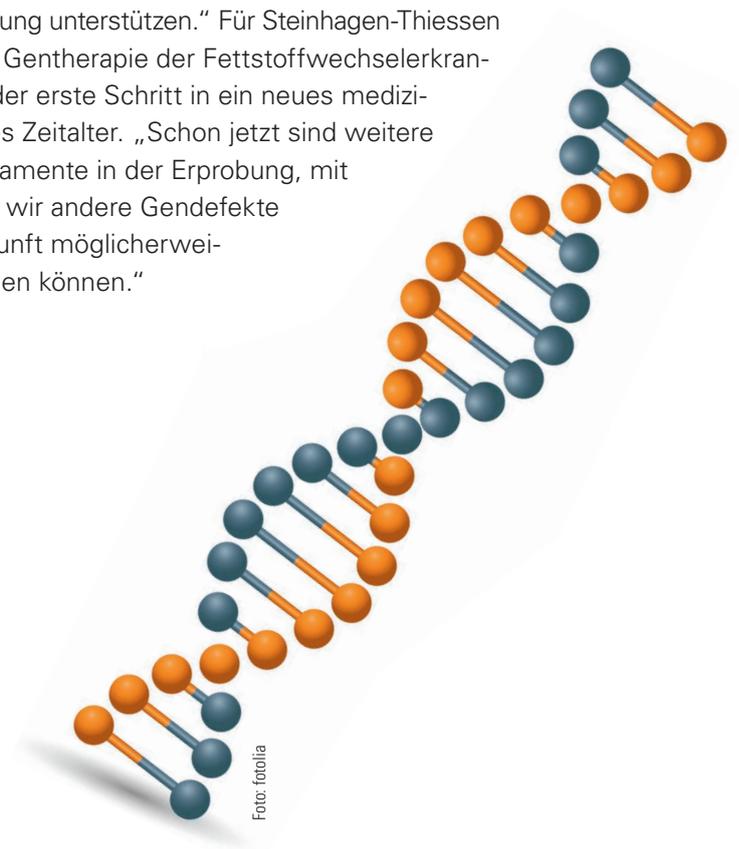
Wie funktioniert die Gentherapie, die Sybille Lindenau im Herbst 2015 erhalten wird? „Das Enzym Lipoproteinlipase wird bei Gesunden unter anderem in der Muskulatur produziert“, erklärt Steinhagen-Thiessen. „Deshalb werden wir der Patientin mit dem Arzneimittel die „richtige“ genetische Information ins Muskelgewebe



des Oberschenkels injizieren. Dadurch können die Muskelzellen so arbeiten, wie sie eigentlich sollen.“ Die Behandlung wird in einem besonderen Sicherheitsbereich der Charité durchgeführt, in dem bereits mit genetischem Material gearbeitet wird. „Innerhalb von vier Wochen wird der Erfolg der Therapie sichtbar werden“, so Steinhagen-Thiessen. „Wenn alles läuft wie geplant, produziert Frau Lindenau das ihr fehlende Enzym zum Fettabbau dann wieder selbst und das Risiko für Bauchspeicheldrüsenentzündungen sinkt.“

So innovativ die Gentherapie ist, so hoch ist der Preis: Glybera ist das teuerste Medikament weltweit. Die Kosten für die Spritzen, die Frau Lindenau bekommen wird, belaufen sich auf rund eine Million Euro. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Zusatznutzen des Arzneimittels geprüft – aufgrund der kleinen Zahl der bisher Behandelten ist dieser allerdings nicht quantifizierbar. Deshalb müssen die Krankenkassen gemeinsam mit den Medizinern und Patienten Einzelfallentscheidungen treffen. „Da die Therapie das Leben der Betroffenen retten

kann und es keine Alternativen gibt, übernehmen wir alle anfallenden Kosten“, sagt Professor Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit. „Wir werden unsere Versicherte darüber hinaus engmaschig betreuen und ihre Genesung unterstützen.“ Für Steinhagen-Thiessen ist die Gentherapie der Fettstoffwechselerkrankung der erste Schritt in ein neues medizinisches Zeitalter. „Schon jetzt sind weitere Medikamente in der Erprobung, mit denen wir andere Gendefekte in Zukunft möglicherweise heilen können.“



Moderne Therapie ohne Warteliste

Patienten mit Depressionen, Ängsten oder Burn-out brauchen fundierte und unbürokratische Hilfe. Die DAK-Gesundheit bietet ihnen ein ganzheitliches Konzept ohne Wartezeit



Dr. Mario Weiss

Geschäftsführer der GAIA AG und Initiator des Therapieprogramms Veovita. Er studierte Medizin und Psychologie an der Universität Hamburg sowie Management an der Rotterdam School of Management

Wer in Deutschland einen Therapieplatz sucht, wartet im Schnitt ein halbes Jahr. Vorher telefonieren die Hilfesuchenden lange Listen psychotherapeutischer Praxen ab, um einen Termin für ein Erstgespräch zu bekommen. Auch bei der Wahl der Therapieform tappen viele Betroffene im Dunkeln – nicht immer kommen sie ohne Umwege zu einer Behandlung, die zur individuellen Problemstellung passt und zielführend ist.

Dass es auch anders geht, zeigt das DAK-exklusive

verhaltenstherapeutische Versorgungskonzept Veovita, das sich speziell an Menschen mit Depressionen, Ängsten und Burn-out richtet: „Die Versorgung psychisch kranker Menschen kann vor allem mit einer fundierten, gut dokumentierten Diagnostik, die idealerweise neben der psychologischen auch die psychiatrische Untersuchung beinhaltet, verbessert werden“, so Dr. Gitta Jacob, leitende Psychologische Psychotherapeutin bei Veovita. „Ebenso wichtig ist der Kontakt zu den Hausärzten der Patienten und ein zügiger und flexibler Beginn der Therapie mit einem guten Langzeitmonitoring.“ Hier setzt das

moderne Konzept an. Veovita diagnostiziert bei Verdacht auf Depression, Angststörungen oder Burn-out nach aktuellem wissenschaftlichen Standard. Lange Wartezeiten für die Patienten gibt es nicht: Ein Anruf genügt, um nahezu sofort einen Gesprächstermin zu bekommen. Die Diagnose wird sorgfältig gestellt und beinhaltet eine Erhebung der aktuellen psychischen und sozialen Problematik, die Anamnese und standardisierte Psychodiagnostik, ergänzt um testdiagnostische Befunde. Anschließend erstellen die Veovita-Therapeuten einen ausführlichen Bericht mit Behandlungsempfehlungen. Dieser Bericht wird allen Behandlern zugänglich gemacht und bildet eine solide Grundlage für die Versorgung der Betroffenen. „Uns ist wichtig, dass alle Beteiligten auf dem gleichen Stand sind und sich im besten Fall gegenseitig ergänzen“, sagt Dr. Mario Weiss, der das Versorgungskonzept entwickelt hat. „Wir verstehen uns als Unterstützer der behandelnden Akteure. „Mit der transparenten Dokumentation und einer zielgerichteten Kommunikation können wir die Behandlung der Kranken insgesamt verbessern.“

Ein weiterer großer Vorteil des Angebots: Nach abgeschlossener Diagnostik bekommen die Patienten rasch die verhaltenstherapeutische Behandlung, die zu ihrer individuellen Situation passt. Der schnelle Therapiebeginn ist das beste Mittel, um lange Ausfallzeiten im Job, Kranken-



hausaufenthalte und chronische Verläufe zu vermeiden. Veovita kombiniert moderne, evidenzbasierte Methoden, die sich genau am Bedarf der Patienten orientieren. Dazu gehören die Behandlung durch Fachärzte, einzeltherapeutische Sitzungen oder die teilstationäre oder stationäre Therapie und, sofern indiziert, nachgewiesene wirksame E-Health-Programme wie deprexis. Jeder Patient bekommt außerdem eine kontinuierliche persönliche Begleitung durch einen festen Ansprechpartner am Telefon.

Das Angebot ist auf eine maximale Laufzeit von zwei Jahren angelegt. Es ist flexibler als eine klassische Psychotherapie: Patienten in akuten Krisen können beispielsweise mehr als ein Gespräch pro Woche führen, solange das therapeutisch notwendig ist. Gilt jemand nach einem halben Jahr als ausreichend behandelt, erkundigt sich der behandelnde Therapeut nach einiger Zeit nach dem Befinden. „Wir leisten aktive Präventionsarbeit. Mit gezielter Vorsorge verhindern wir, dass es den Patienten erst wieder richtig schlecht gehen muss, bevor sie sich an uns wenden“, erklärt Mario Weiss.



Dr. Jan Helfrich
Abteilungsleiter
Ambulante Leistungen
bei der DAK-Gesundheit

Vorteile für die Versorgung

Der Therapieansatz von Veovita ist mit einem guten Jahr Laufzeit so jung, dass wir noch keine validen Ergebnisse präsentieren können. Es gibt aber einige Vorteile, die deutlich erkennbar sind:

- Durch die unmittelbare Betreuung der Patienten können Krankenhausaufenthalte und Fehltage reduziert werden.
- Vor allem Menschen mit schweren und mittelschweren Depressionen oder Angststörungen nehmen das Programm in Anspruch. Es kommt den Menschen zugute, die schnelle Hilfe am dringendsten brauchen.
- Das Konzept steht bisher Patienten in Nord- und Ostdeutschland zur Verfügung, es kann aber unkompliziert auf das gesamte Bundesgebiet ausgeweitet werden.
- Mit deprexis als Unterstützung der Therapie kommt ein evidenzbasiertes, qualitätsgeprüftes Online-Programm zum Einsatz, dessen Wirksamkeit durch verschiedene Studien belegt ist.
- Durch die differenzierte Diagnostik, die auch den behandelnden Haus- und Fachärzten zukommt, werden Fehlversorgung und Fehlcodierungen vermieden. Die Versorgung der Patienten wird ganzheitlich verbessert.

Telemedizin für Diabetiker

Therapieverhalten und Selbstmanagement eines Diabetes-Patienten beeinflussen entscheidend den Verlauf seiner Erkrankung. Wie Telemedizin hier unterstützen kann, zeigen zwei Projekte der DAK-Gesundheit



Dr. Detlev Parow

Leiter der Abteilung Versorgungsmanagement – Entwicklung bei der DAK-Gesundheit

Die Entwicklung der sogenannten Volkskrankheiten wie des Diabetes mellitus ist seit Jahren konstant steigend. Verändert haben sich jedoch die Versorgungsmöglichkeiten, um auf diese Entwicklung zu reagieren. Die DAK-Gesundheit setzt mit telemedizinischen Innovationen auf die zielgerichtete Einbindung ihrer Versicherten. Zwei neue

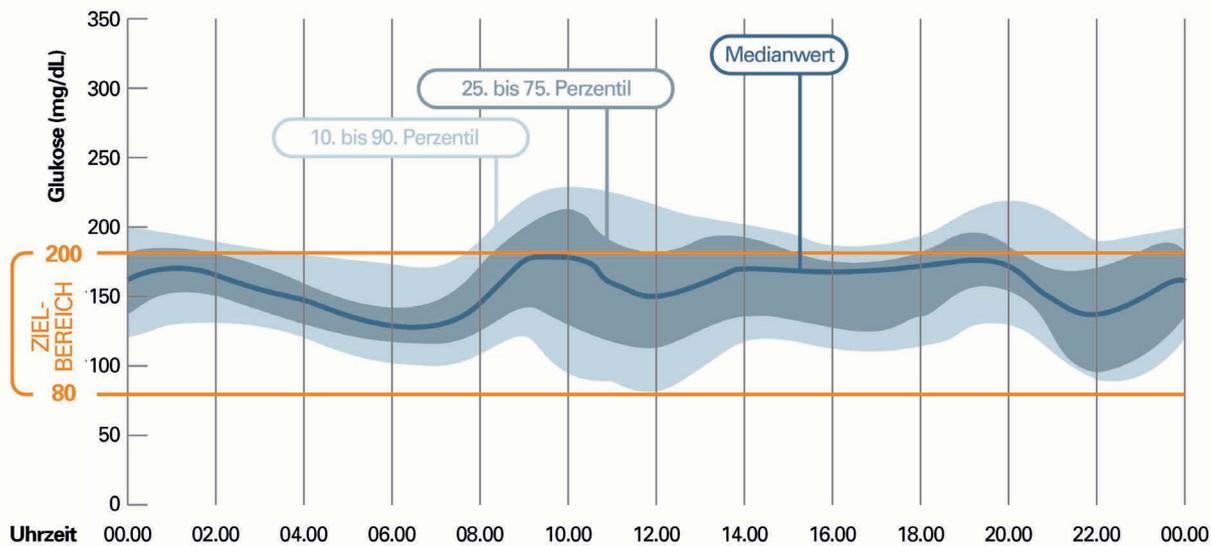
Versorgungsprojekte für Diabetes-Patienten zeigen, wie mit Hilfe von Telemedizin eine Therapieoptimierung und gleichzeitig eine Steigerung des Selbstmanagements der Versicherten gelingen kann.

Die DAK-Gesundheit nimmt dabei insbesondere Risikopatienten in den Blick, deren Diabetes häufig entgleist und im Ernstfall eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich macht. Mögliche Ursachen: Die Stoffwechselführung gestaltet sich bei ihnen komplizierter als bei anderen Diabetikern, ihr Blutzuckertagesprofil schwankt sehr stark oder ihr Langzeitzuckerwert verharrt auf einem gefährlich hohen Niveau.

Mit diesen Patienten geht die DAK-Gesundheit gemeinsam neue Therapiewege – in Ergänzung zur herkömmlichen Versorgung. Sie hat

dafür mit dem Diabetes Service Center (DCC) in Karlsburg ein Projekt initiiert, das die Therapie-situation der Versicherten nachhaltig verbessert. Kernstück des Betreuungsangebotes **DAKDiabetesSpezial** ist die Software KADIS® als telemedizinisches Unterstützungssystem. Das bisher einzigartige interaktive Programm macht den „Metabolischen Fingerabdruck“ des Patienten sichtbar. Es vereint kontinuierliche Messungen des Blutzuckerspiegels mit weiteren Gesundheitsparametern des Patienten, simuliert auf dieser Grundlage Therapieverläufe und gibt individuelle Empfehlungen ab. Die Software bezieht dabei unter anderem die Medikamententherapie und das Bewegungsprofil mit ein, um Defizite in der Therapie aufzudecken. Der behandelnde Arzt erhält einen Therapievor-schlag, basierend auf dem telemedizinisch erhobenen Profil, und entscheidet anschließend gemeinsam mit dem Patienten, welche Therapie die für ihn passende ist. „Die verschiedenen Optionen zeigen auf, welche Effekte bei welchen Maßnahmen zu erwarten sind“, erklärt Dr. Parow, Leiter der Abteilung Versorgungsmanagement – Entwicklung bei der DAK-Gesundheit. KADIS® unterstützt so gleichzeitig den Arzt und den Patienten. „Beide ersparen sich auf diese Weise langwierige Umwege und mitunter aufwendige und frustrierende Fehlversuche.“

Im März 2014 ist **DAKDiabetesSpezial** als Pilotprojekt mit 150 Risikopatienten in der Region



Die Messdaten von FreeStyle Libre lassen sich statistisch auswerten und grafisch zu einem Glukose-Profil aufbereiten

Mecklenburg-Vorpommern gestartet. „Die ersten Ergebnisse der begleitenden Evaluation sind vielversprechend“, so Parow. Es gebe einen signifikanten Anteil von Programmteilnehmern, die ihre Zielwerte erreichten.

Ein zweites Vorhaben der DAK-Gesundheit zielt ebenfalls auf eine Optimierung der individuellen Stoffwechselführung, hat aber einen anderen Ansatzpunkt: Beim Versorgungsprojekt FreeStyle Libre stattet die DAK-Gesundheit als freiwillige Leistung Patienten, die auf eine intensivierte Insulintherapie angewiesen sind, mit dem gleichnamigen Flash-Glukose-Messsystem der Firma Abbott aus. Es besteht aus einem Sensor, den sich die Patienten am Oberarm applizieren und der fortlaufend die Glukosekonzentration des Unterhautfettgewebes misst. Die Werte lassen sich jederzeit mit einem kleinen Lesegerät scannen und für bis zu 90 Tage abspeichern. Dieses telemedizinische Messsystem erspart den Diabetikern häufiges und schmerzhaftes Stechen und deckt zudem auch Daten auf, die mit der einzelnen punktuellen Blutzuckermessung nicht zu erkennen wären: Statt Momentaufnahmen stellt es Werteverläufe in Kurven auf und weist einen Trend aus. Das Lesegerät zeigt dem Patienten auf einen Blick, wohin sich sein Zuckerwert aktuell bewegt. „Wir gehen davon aus, dass Diabetiker mit dem neuen Messsystem ihre Erkrankung wesentlich besser managen können“, erklärt Dr. Jan Helfrich,

Leiter der Abteilung Ambulante Leistungen bei der DAK-Gesundheit. Allerdings muss sich die positive Wirkung der heute noch nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen aufgeführten Methode auch im Versorgungsalltag darstellen lassen. Das Versorgungsprojekt, das im Sommer 2015 angelaufen ist, soll hier Klarheit bringen. Bis zum Ende des Jahres 2015 werden rund 7.000 Patienten eingebunden sein – nach medizinischen Kriterien herausgefiltert aus dem Teilnehmerkreis der DAK-Gesundheitsprogramme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.

Auf lange Sicht strebt die DAK-Gesundheit eine Koppelung beider telemedizinischen Versorgungsansätze an. „Das Diabetes ServiCe Center (DCC) in Karlsburg könnte seine Therapiesimulationen auf Grundlage der Daten aus dem Flash-Glukose-Messsystem erstellen“, so Parow. „Dadurch wäre es möglich, noch genauere Optimierungsempfehlungen abzugeben.“

So funktioniert der neue Hightech-Sensor

Die Patientin stempelt sich einen Sensor an den Oberarm, dabei dringt ein haarfeiner Fühler in die Haut ein. Ein Pflaster fixiert den Sensor, damit er bis zu 14 Tage lang hält. Mit einem Lesegerät wischt die Patientin über den Sensor. Selbst durch Kleidung hindurch „springen“ die Messwerte auf den Bildschirm.



Ärzte gegen Antibiotika

Die DAK-Aufklärungskampagne für einen kritischen Umgang mit Antibiotika setzt sich in einer Kooperation mit dem Hausärzteverband Rheinland-Pfalz fort



Prof. Dr. Gerd Glaeske

Co-Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen

Fast 30 Prozent aller Antibiotikaverordnungen in Deutschland sind fragwürdig – das ist eins der wichtigsten Ergebnisse des Antibiotika-Reports der DAK-Gesundheit. Gemeinsam mit Professor Gerd Glaeske, Co-Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen, hatte die Kranken-

kasse bereits im vergangenen Jahr die Gründe für die Versorgungsproblematik erforscht. Neben der teils unkritischen Verordnung durch die Ärzte trägt auch die Erwartungshaltung der Patienten erheblich dazu bei: Einer Umfrage zufolge erwarten drei Viertel der Befragten bereits bei einer hartnäckigen Erkältung ein entsprechendes Rezept, obwohl Antibiotika bei Husten, Schnupfen und Halsweh in der Regel nicht notwendig sind. Die Folgen des übermäßigen Einsatzes sind immer häufiger auftretende Resistenzen gegen die wichtigen Wirkstoffe. Infektionen sind zum Teil nicht mehr behandelbar, wie immer neue Schreckensnachrichten aus den Krankenhäusern zeigen.

Den besten Schutz vor Überversorgung bietet Information. Neben der gezielten Ansprache der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit hat die DAK-Gesundheit gemeinsam mit dem

Hausärzteverband Rheinland-Pfalz in der Erkältungszeit eine Aufklärungskampagne initiiert. Hier ist die Quote der Antibiotikaverordnungen besonders hoch. Mit einer extra Vergütung für ein Aufklärungsgespräch und einen Schnelltest zum Nachweis von Streptokokken der Gruppe A arbeiten Kasse und Mediziner Hand in Hand gegen unnötige Antibiotikaverordnungen. „Den Hausärzten kommt bei der Aufklärung der Patienten über die Risiken der Antibiotikaverschreibung eine Schlüsselrolle zu, denn sie sind häufig erster Ansprechpartner und Vertrauensperson zugleich. Daher müssen wir Rahmenbedingungen schaffen, damit sie die Patienten bestmöglich informieren können. Nur so wird es gelingen, die Zahl der Antibiotikaverschreibungen zu senken und langfristigen Resistenzentwicklungen vorzubeugen“, sagt Dr. Burkhard Zwerenz, 1. Vorsitzender des Hausärzteverbandes Rheinland-Pfalz.

Zusätzlich bekommen die Ärzte weitere Informationen über Antibiotika. Neben den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und einer Auswertung der DAK-Verordnungsdaten erhalten sie unterstützende Materialien, mit denen Patienten für das Thema sensibilisiert werden sollen. Glaeske kommentiert: „Je mehr die Patienten über die Medikamente wissen, desto bewusster wird der Umgang damit. Eine längerfristige Aufklärungskampagne unterstützt die Maßnahmen von WHO und Bundesregierung da, wo es darauf ankommt: im Versorgungsalltag in den Hausarztpraxen.“



Information statt Impfpflicht

Aufklärung ist das beste Mittel, um die Impfbereitschaft zu steigern. Sinnvoller als eine Impfpflicht ist sie außerdem. Ein Gastbeitrag von Professor Michael Freitag



Prof. Dr. Michael Freitag
Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin, Department für Versorgungsforschung, an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Die schwere Masernwelle zu Beginn des Jahres 2015 zeigt, dass beim Thema Impfen in Deutschland Nachholbedarf besteht. Eine Impfpflicht scheint für einige die einfachste Lösung zu sein – ich persönlich halte sie nicht für erstrebenswert. Die Ausnahme ist die Aufnahme in eine Kita: Hier finde ich einen Impfnachweis durchaus sinnvoll, um Epidemien zu verhindern. In erster Linie plädiere ich aber für Aufklärung und Erinnerungen, damit sich noch mehr Menschen freiwillig impfen lassen. Für einen wirksamen Herdenschutz sind Impfquoten von 95 Prozent nötig, die können wir mit einer gezielten Information erreichen.

Im Internet sollte der Zugriff auf seriöse und anschauliche Informationen erleichtert werden. Wer das Schlagwort „Impfen“ googelt, findet vor der Website des Robert Koch-Instituts zunächst einige Portale erklärter Impfkritiker. Selbst Experten fällt es schwer, diese teilweise sehr gut gemachten Seiten einzuordnen beziehungsweise den Absender zu identifizieren. Laien werden durch die Botschaften verunsichert. Deshalb ist es wichtig, dass Websites mit fachlich fundierten Informationen möglichst an oberster Stelle stehen und ihre Inhalte übersichtlich und verständlich präsentiert werden.

Problematisch ist außerdem, dass einzelne Schreckensnachrichten über Impfschäden in den Köpfen vieler Menschen hängen bleiben. Auch

Krankheiten ohne erkennbare Ursache werden oft mit einer zurückliegenden Impfung begründet. Solche Vorurteile halten sich hartnäckig. Obwohl sich die Studie, die vor Jahrzehnten einen Zusammenhang zwischen der MMR-Impfung und Autismus hergestellt hat, als klare Fälschung erwiesen hat, wird sie noch immer als Argument gegen Impfungen ins Feld geführt. Seriöse Quellen, die die Wirksamkeit und die Verträglichkeit von Impfstoffen belegen, gelangen hingegen kaum in die öffentliche Debatte.

Nicht zuletzt trägt auch die Zunahme der Impfungen in den letzten Jahren zu einer kritischen Haltung bei, die ich sogar nachvollziehen kann. Denn bei einigen Impfungen ist die Notwendigkeit zumindest in Ländern mit guter medizinischer Versorgung nicht so gravierend wie bei anderen. Die gleichwertige Empfehlung schürt bei einigen mehr Misstrauen, als dass sie die generelle Akzeptanz fürs Impfen erhöht. Eine differenziertere Herangehensweise halte ich deshalb für erstrebenswert.

Beim Impfen geht es an erster Stelle um Eigenverantwortung: Vor allem Familien, aber auch gesunde Erwachsene, die selten zum Hausarzt gehen, sollten ihren Impfschutz nicht aus dem Blick verlieren. Dabei brauchen sie Unterstützung. Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Erwachsene, gezielte Information durch Betriebsärzte und eine gut organisierte Aufklärung der Bevölkerung sind entscheidend für Impfquoten, die all diejenigen schützen, die sich selbst nicht schützen können.

Netzwerke

Die Themen: Demenz in Deutschland, Präventionskampagne „bunt statt blau“, „Health in All Policies“- Ansatz



Tabus brechen mit Schlagzeilen

1,5 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Demenz – Tendenz steigend. Mit einer Pressekampagne hat die DAK-Gesundheit über die Krankheit aufgeklärt und über Hilfsangebote informiert

Demenz ist eine Volkskrankheit und eine der größten Herausforderungen für die Zukunft Deutschlands und für sein Gesundheitssystem. Schon heute sind bis zu 1,5 Millionen Menschen hierzulande in unterschiedlicher Ausprägung an Demenz erkrankt. Jüngsten Prognosen zufolge könnte sich diese Zahl bis zum Jahr 2030 drastisch erhöhen und nahezu verdoppeln. Demenz kann damit jeden treffen – entweder die eigene Person oder jemanden im Familien- und Freundeskreis. Medienwirksam rezipiert wird die Krankheit neuerdings in Blockbustern wie Til Schweigers Film „Honig im Kopf“ oder durch Prominentenschicksale wie das von Rudi Assauer. Über den realen Alltag mit Alzheimer, der häufigsten Form von Demenz, ist dagegen wenig in den Zeitungen zu lesen. Wie groß ist die Angst der Menschen vor einer Diagnose, die oft schleichend und

unbemerkt kommt? Wie wird sich in den Kreisen und Städten die Zahl der Betroffenen entwickeln? Und was hilft Patienten und Angehörigen?

Antworten auf diese Fragen waren eine Herausforderung für die DAK-Gesundheit, die mit 6,2 Millionen Versicherten zu den größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gehört und es als ihren Auftrag versteht, vorausschauend für ihre Mitglieder zu sorgen. Statt mit Broschüren und Info-Flyern sollte die Multimedia-Kampagne „Demenz in Deutschland“ bundesweit und regional über die Entwicklung und die große Betroffenheit dieser Volkskrankheit aufklären. „Wir wollten verdeutlichen, dass Demenz jeden Menschen treffen kann – persönlich oder als Angehörigen“, erklärt DAK-Presse-sprecher Rüdiger Scharf. „Und vor allem war uns daran gelegen, Hilfsangebote bekannt zu machen. Denn Demenz erfordert ein hohes Maß an Unterstützung.“ Die DAK-Gesundheit bietet beispielsweise bundesweit praxisbezogene Pflegekurse am Wohnort der Kranken an und hilft darüber hinaus im Internet mit ihrem inter-aktiven Pflegeberater für Angehörige weiter.

Mit klassischer Pressearbeit ohne Promi-Faktor und Anzeigenbudget hat die Krankenkasse das Thema Demenz in die Schlagzeilen gebracht. Gleichzeitig erhielten Betroffene und Angehörige konkrete Hilfsangebote, die sie oftmals dringend benötigen. Abgerundet wurde die Kampagne mit einer politischen Dialogveranstaltung in Berlin, um auch in der politischen Szene für das Thema Demenz zu sensibilisieren.

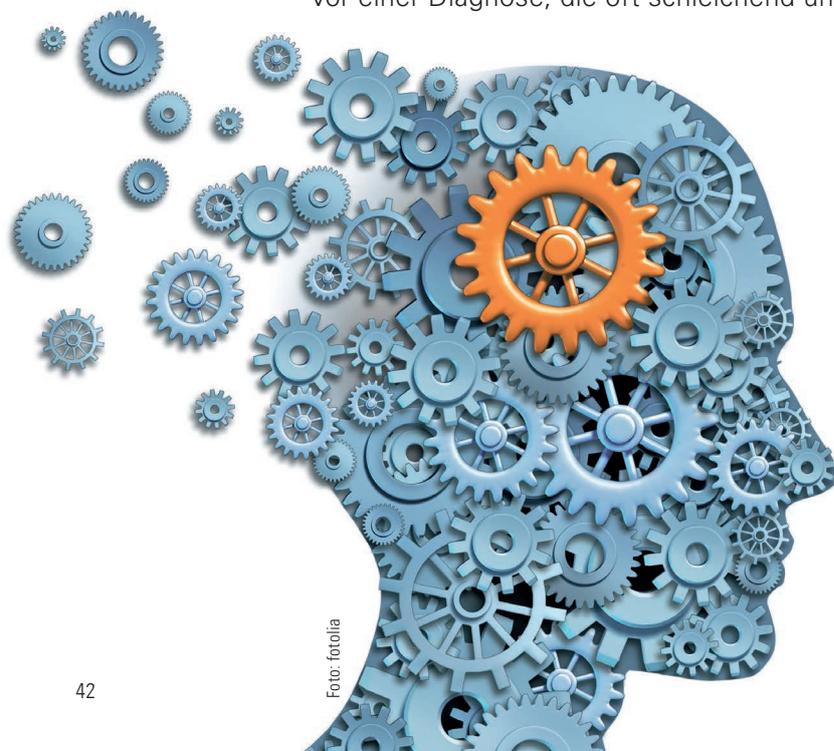


Foto: fotolia



Grundlage für die Kampagne war eine Forsa-Studie, für die bundesweit mehr als 5.000 Männer und Frauen befragt wurden. Wichtigstes Ergebnis: Jeder zweite Deutsche fürchtet eine Demenzerkrankung. Bei den über 60-Jährigen ist die Angst sogar größer als vor Krebs. Ist die Angst berechtigt? Hier hilft ein Blick in den sogenannten „Demenz-Report“, den das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung veröffentlicht hat. Die Wissenschaftler haben in ihrem Bericht den erwarteten Anstieg der Demenzkranken in allen Regionen bis zum Jahr 2025 errechnet. Die düstere Prognose des Berlin-Instituts sorgte hinsichtlich der Gesamtentwicklung zwar bundesweit für Schlagzeilen. Aber die Zahlen, die die Entwicklung in den einzelnen Regionen skizzieren, blieben unveröffentlicht. Es war die DAK-Gesundheit, die die statistischen Daten über den erwarteten Anstieg der Demenzerkrankungen in 140 Städten und Landkreisen bis zum Jahr 2025 mit ihrer Kampagne systematisch in die Medien transportierte und so über die regionale Pressearbeit durch einzelne Servicezentren Betroffenheit auslöste.

Die Informationsoffensive hat große Wellen geschlagen. Rund 60 Millionen Leser haben durch den Einsatz der DAK-Gesundheit mehr über die Krankheit erfahren. Von Bild über Spiegel Online bis zum Pinneberger Tageblatt: Mehr als 400 Tageszeitungen und Online-medien haben über Demenz berichtet und einen großen Beitrag dazu geleistet, die Krankheit zu enttabuisieren und das große Netzwerk an Hilfsangeboten publik zu machen. Doch nicht

nur die Anzahl der Presseveröffentlichungen war ein wichtiges Kriterium für den Erfolg dieser Kampagne. Besonders erfreulich war das lobende Urteil des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann: „Die Demenzkampagne der DAK-Gesundheit hat einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung geliefert. Mit ihren vielfältigen Aktionen hat sie das Bewusstsein für eine der großen Herausforderungen unserer Zeit geschärft. Das ist in der Tat preiswürdig.“

Die Kampagne „Demenz in Deutschland“ der DAK-Gesundheit wurde beim Internationalen Deutschen PR-Preis 2014 in der Kategorie „Gesundheit und Ernährung“ als Finalist ausgezeichnet.



Ein ganzes Netzwerk an Hilfsangeboten ist notwendig

So wirkt „bunt statt blau“

Studienergebnis: Die Teilnehmer am DAK-Plakatwettbewerb gegen das Komasaufen gehen vernünftiger mit Alkohol um. Auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung lobt die Kampagne



Prof. Dr. Reiner Hanewinkel

Studienleiter vom IFT-Nord

„Wenn es ‚bunt statt blau‘ nicht geben würde, dann müsste man die Kampagne erfinden – so gut ist sie.“ Dieses Lob kommt von Marlene Mortler. Als Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist die CSU-Politikerin Schirmherrin des DAK-Plakatwettbewerbs „Kunst gegen Komasaufen“. Der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung bezeichnet

„bunt statt blau“ als erfolgreiche Präventionskampagne im Bereich Alkohol. „Die Kids identifizieren sich mit dem Thema und ihren Werken“, sagt Marlene Mortler. „Sie machen sich bewusst, dass es sich lohnt, über sein eigenes Trinkverhalten nachzudenken. So wirkt die Kampagne nachhaltig.“

Seit dem Start im Jahr 2010 haben bundesweit 72.500 Schüler zwischen zwölf und 17 Jahren teilgenommen. Es gab 15.000 Medienberichte zum Thema. Ein bundesweites Netzwerk unterstützt die Kampagne. Aber ändert „bunt statt blau“ bei den Jugendlichen das Trinkverhalten und die Einstellung zum Alkohol? Nach einer aktuellen Begleitstudie des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) für die Jahre 2013 und 2014 wirkt sich die Teilnahme an der Präventionskampagne positiv aus.

Befragungen von Teilnehmern und Vergleichsgruppen ohne Wettbewerbsteilnahme zeigen:

- Für 44 Prozent der Teilnehmer trägt „bunt statt blau“ dazu bei, dass Jugendliche vernünftiger mit Alkohol umgehen.
- Jeder Dritte erklärt, durch die Kampagne etwas über die Gefahren gelernt zu haben.
- Jungen und Mädchen beteiligten sich nach dem Wettbewerb seltener am Rauschtrinken als Jugendliche der Vergleichsgruppen.

„Ein zentrales positives Ergebnis zeigte sich bei der Frage nach dem Rauschtrinken“, erklärt Studienleiter Professor Reiner Hanewinkel vom IFT-Nord. 2014 gaben in der „bunt statt blau“-Gruppe nur 32 Prozent an, sie hätten schon mehr als einmal mindestens fünf Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken. In der Vergleichsgruppe waren es mit 53 Prozent deutlich mehr.

„bunt statt blau“ wird auch insgesamt positiv bewertet. Zwei Drittel der Teilnehmer benoten den Wettbewerb mit „sehr gut“ oder „gut“ und hatten gerne mitgemacht. Die meisten Schüler würden sich erneut beteiligen. „Die Kampagne wirkt und kommt bei den Jugendlichen sehr gut an“, sagt Hanewinkel. Positiv sei, dass sich Schüler eigenständig mit den Gefahren des Alkoholmissbrauchs auseinandersetzen und kreativ Alternativen zum Rauschtrinken aufzeigten.

LASS DICH NICHT VERFÜHREN!

Bunt statt Blau



2015

**KUNST GEGEN KOMASAUFEN
DAK-PLAKATWETTBEWERB 2015**

**1. BUNDESSIEGER &
LANDESSIEGER BRANDENBURG**

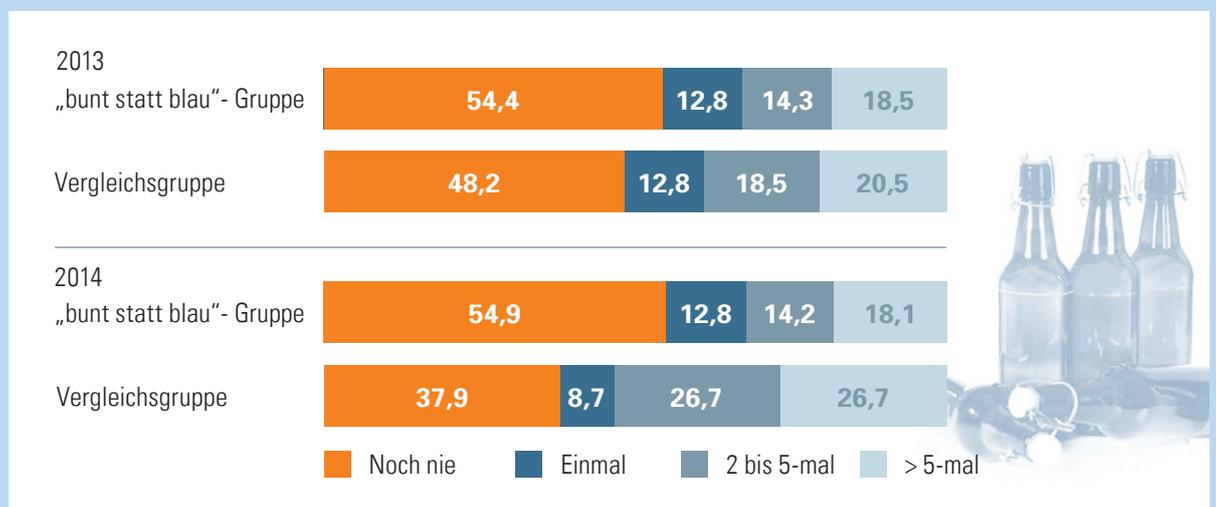
**Simon Naudé,
Vicco-von-Bülow-Gymnasium, Falkensee**



Hintergrund der Kampagne: Laut Bundesstatistik kamen 2013 mehr als 23.000 Kinder und Jugendliche mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus – 3.200 waren jünger als 15 Jahre. Nach einer weiteren Studie des IFT-Nord im Auftrag der DAK-Gesundheit ist der Zugang zu Alkohol oft kein Problem. Fast jeder zweite Schüler zwischen zehn und 16 Jahren kommt nach eigenen Angaben „leicht“ oder „sehr leicht“ an Bier und Wein. Für die Langzeit-Untersuchung wurden 1.167 Kinder und Jugendliche über zwei Jahre begleitet und befragt. Bei Studienbeginn hatten sich alle Schüler in ihrem Leben noch nie an einem Rauschtrinken beteiligt.

Bei den Jugendlichen wurde untersucht, ob und wie sie an Alkohol gekommen sind und wie sich dies auf das Trinkverhalten ausgewirkt hat. Am Ende der Studie erklärten 43 Prozent der Schüler, sie hätten wenigstens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke zu sich genommen. „Unsere Untersuchung zeigt, dass die leichte Verfügbarkeit ein Risikofaktor für das Rauschtrinken ist“, betont Hanewinkel. Bei leichterem Alkohol-Zugang liege das Risiko für ein erstmaliges „Binge Drinking“ um 26 Prozent höher als in der Vergleichsgruppe, die nur schwer oder gar nicht an Alkohol gelangt. Dieser Unterschied beim Alkoholkonsum sei bedeutsam.

Häufigkeit des Binge Drinking



Häufigkeit des Binge Drinking in den „bunt statt blau“- sowie den Vergleichsgruppen in den Jahren 2013 und 2014 in Prozent (Antworten auf die Frage „Wie häufig hast du schon 5 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken?“)



„Health in All Policies“ – Ansatz umsetzen

Gesundheitsförderung und Prävention sind Aufgaben, die nicht alleine von Sozialversicherungsträgern bewältigt werden können.
Ein Gastbeitrag von Professor Beate Blättner



Prof. Dr. Beate Blättner
Studiendekanin des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Wenn in Deutschland nunmehr ein neues Präventionsgesetz in Kraft tritt, dann wäre es wünschenswert, wenn es Forderungen der Weltkonferenzen zur Gesundheitsförderung berücksichtigte. Eine zentrale Forderung ist die, auf nationaler Ebene die Implementierungslücke zwischen dem Wissen um die Determinanten der Gesundheit und ihrer sozial ungleichen

Verteilung einerseits sowie der Praxis der Gesundheitsförderung andererseits zu schließen. Diese Forderung ist darin begründet, dass es als ein Grundrecht jedes Menschen angesehen wird, die bestmögliche Gesundheit erreichen zu können – unabhängig von seiner wirtschaftlichen und sozialen Stellung.

Dies allerdings ist nicht dadurch zu erreichen, dass insbesondere benachteiligte Zielgruppen in Lebenswelten wie Betrieben, Schulen oder Pflegeheimen aufgesucht werden, um ihnen Botschaften über gesünderes Verhalten zu vermitteln. Vielmehr müssen Lebens-, Lern-, Arbeits- und Wohnbedingungen so verändert werden, dass sie der Gesundheit aller zuträglich sind – auch derjenigen, die gewohnt sind, dass es auf ihre Lage nicht ankommt. Im Statement der jüngsten Konferenz in Helsinki im Jahr 2013 werden Regierungen deshalb dazu aufgefordert, Gesundheit und gesundheitlicher

Chancengleichheit Priorität im politischen Handeln einzuräumen. Der demografische Wandel, die schnelle Verstärkung, der Klimawandel und die Globalisierung werden als spezielle Herausforderungen beschrieben.

Demnach müsste das Handeln auf allen Ebenen politischer Entscheidungen, also in Bund, Land und Kommunen, aber auch in Institutionen danach überprüft werden, welche gesundheitlichen Folgen für alle mit solchen Entscheidungen verbunden sind. Das hieße zum Beispiel, jegliche Gesetzesinitiative einem „Health Impact Assessment“ zu unterziehen. Gemeint ist eine systematische Untersuchung, welchen Einfluss diese Initiative auf alle ökologischen und sozialen Faktoren hat, die die Gesundheit beeinflussen, und inwieweit ungleichen Gesundheitschancen damit entgegengewirkt werden kann oder diese sogar eher verstärkt werden.

Es ist kaum vorstellbar, wie ein Ressortgesetz regeln könnte, dass Gesundheit und die Verteilung von Gesundheitschancen wesentliche Kriterien für alle Entscheidungen in der Bildungs-, Sozial-, Außen- und Wirtschaftspolitik, dem Städtebau, dem Verbraucher- oder dem Umweltschutz sein müssen oder wie Sozialversicherungen darauf Einfluss nehmen sollen. Da dort aber über wesentliche Determinanten der Gesundheit entschieden wird, kann ein Präventionsgesetz alleine nicht alle Erwartungen erfüllen. Man darf gespannt sein, welche Schritte folgen werden.

DAK-Bücher und Studien



Update: Solidarische Wettbewerbsordnung

Die Implementierung wettbewerblicher Instrumente in der GKV zu Beginn der 1990er Jahre bedeutete für die Krankenkassen eine tiefgreifende Zäsur. Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte freie Kassenwahl machte sie endgültig zu Konkurrenten. Ein schlüssiges ordnungspolitisches Konzept, wie dieser Wettbewerb der Krankenkassen inhaltlich ausgestaltet werden soll, blieb der Gesetzgeber allerdings bis heute schuldig. Vor diesem Hintergrund hat sich die DAK-Gesundheit entschlossen, die Diskussion um das Konzept der solidarischen Wettbewerbsordnung neu zu beleben. Als große bundesweit agierende Versorgerkasse macht sie auf fehlsteuernde Anreizstrukturen im System aufmerksam und zeigt Alternativen auf.

Dr. Martin Albrecht, Dr. med. Susanne Bleich MPH, Dr. med. Jan Helfrich, Dr. Karsten Neumann, Hans-Dieter Nolting, Herbert Rebscher, Eva Walzik, Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, medhochzwei Verlag, 124 Seiten, Preis 19,99 €, ISBN 978-3-86216-242-0



AMNOG-Report 2015: Nutzenbewertung von Arzneimitteln

2011 begann im Arzneimittelsektor des deutschen Gesundheitssystems eine neue Ära: Pharmazeutische Unternehmen müssen seitdem bei Marktzugang eines neuen Medikaments einen patientenrelevanten Zusatznutzen nachweisen. Anschließend verhandelt der Hersteller mit dem GKV-Spitzenverband einen Rabatt auf den zuvor frei festgelegten Abgabepreis. Eine Bestandsaufnahme der AMNOG-Beschlüsse, um aus den bisherigen Verfahren zu lernen.

Greiner/Witte: AMNOG-Report 2015, medhochzwei Verlag, 285 Seiten, Preis 29,99 €, ISBN 978-3-86216-219-2



Pflege-Report 2015: So pflegt Deutschland

Pflege kann krank machen: Rund 20 Prozent aller pflegenden Angehörigen in Deutschland leiden unter einer Depression. Auch Angst- und Schlafstörungen kommen gehäuft vor. Insgesamt leidet etwa die Hälfte aller Pflegepersonen unter psychischen Problemen, deutlich mehr als nicht-pflegende Menschen. Das ist das zentrale Ergebnis des Pflege-Reports 2015 der DAK-Gesundheit.

Herausgegeben von der DAK-Gesundheit, Unternehmenskommunikation; anfordern über presse@dak.de oder Tel. 040 2396 1409

Azubis: Frauen häufiger mit Psycho-Diagnosen

Während ihrer Ausbildung sind junge Frauen häufiger wegen Depressionen oder anderer psychischer Leiden krankgeschrieben als ihre männlichen Kollegen. Das zeigt die aktuelle Azubi-Sonderanalyse des DAK-Gesundheitsreports 2015. Laut Statistik gibt es unter 100 Frauen zwischen 15 und 19 Jahren 7,9 Krankheitsfälle wegen psychischer Erkrankungen. Bei den Männern sind es 40 Prozent weniger.

Zappelkinder bekommen weniger ADHS-Pillen

In Deutschland bekommen Kinder und Jugendliche mit ADHS weniger Psycho-Medikamente verschrieben. Von 2011 bis 2013 gingen die Verordnungen von Methylphenidat (Ritalin) bei DAK-Versicherten zwischen fünf und 14 Jahren um zehn Prozent zurück. Das zeigen aktuelle Arzneimittel-daten der Kasse. Bundesweit litten nach Expertenschätzungen mehr als 325.000 Schüler unter ADHS.



Foto: fotolia

Der Geschäftsbericht 2014

Zahlen und Fakten.

DAK
Gesundheit



Hans Bender
Vorsitzender des Verwaltungsrates der DAK-Gesundheit

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

vor Ihnen liegt der Geschäftsbericht der DAK-Gesundheit für das Jahr 2014. Darin können Sie lesen, wie die Kasse die Beiträge ihrer Versicherten verwendet hat. Der Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit hat die Jahresrechnung 2014 auf seiner Sommersitzung abgenommen.

Das vergangene Jahr hat wichtige Änderungen für das deutsche Gesundheitssystem mit sich gebracht. Allen voran gilt seit Januar 2015 wieder die Beitragsautonomie – die gesetzlichen Krankenkassen können ihre Beiträge selbst kalkulieren. Das politische Ziel ist ein Wettbewerb zwischen den Kassen, der die Versorgungsqualität in den Vordergrund rückt. Wie sich das System entwickelt, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abzusehen. Nur wenige Kassen haben ihre Beiträge deutlich gesenkt und es wird sich zeigen, ob sie das Beitragsniveau dauerhaft halten können.

Die DAK-Gesundheit setzt nicht auf Preiskampf, sondern auf die bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten. So hat die Kasse auch im vergangenen Jahr wieder Verträge geschlossen und Netzwerke erarbeitet, die vor allem das Gesundwerden und Gesundbleiben der Kunden im Fokus haben. Innovative Behandlungsansätze unterstützt die DAK-Gesundheit nicht nur im Rahmen von Versorgungsforschung, sie macht diese auch ihren Versicherten nach Möglichkeit in der Regelversorgung zugänglich.

Einnahmen und Ausgaben

Aus dem Gesundheitsfonds hat die DAK-Gesundheit mit 19,8 Mrd. Euro 3,7 Prozent mehr Zuweisungen bekommen als 2013. Sie machen den Hauptanteil der Einnahmen aus, die sich 2014 insgesamt auf 19,9 Mrd. Euro belaufen haben. Demgegenüber stehen die Ausgaben, die 2014 im Vergleich zum Vorjahr um

4,9 Prozent gestiegen sind. Insgesamt hat die DAK-Gesundheit 20,1 Milliarden Euro ausgegeben, also etwas mehr, als sie eingenommen hat. Dies konnte die Kasse jedoch mit ihren Rücklagen auffangen. Das Vermögen betrug zum Abschluss des Jahres 2014 rund 745 Millionen Euro.

Leistungsausgaben: Krankenhaus

Der größte Anteil der Leistungsausgaben ist 2014 erneut in die Krankenhausbehandlungen geflossen. Diese nehmen in der Bilanz mit 6,6 Mrd. Euro rund ein Drittel der gesamten Leistungsausgaben ein. Im Schnitt hat die DAK-Gesundheit damit für jeden ihrer Versicherten gut 1.064 Euro gezahlt. Die Zunahme um 4,4 Prozent erklärt sich mit Preissteigerungen am Markt.

Leistungsausgaben: Arzneimittel

Der zweitgrößte Posten in den Leistungsausgaben, der Arzneimittel-Bereich, ist im Jahr 2014 verhältnismäßig stark angestiegen: Für Arzneimittel hat die DAK-Gesundheit mit 3,6 Mrd. Euro gut 10 Prozent mehr ausgegeben als 2013. Dies ist zum einen auf einen niedrigeren Herstellerrabatt zurückzuführen, der zu Beginn des Jahres 2014 von 16 Prozent auf 7 Prozent gesenkt wurde, zum anderen auf eine Reihe hochpreisiger Medikamente, die neu auf den Markt gekommen sind.

Jedoch konnte die DAK-Gesundheit erfolgreich gegensteuern: Der weitere Ausbau der Rabattverträge mit Arzneimittel-Herstellern hat den Anstieg abgemildert und führt auch weiterhin zu Kosteneinsparungen im Arzneimittelbereich. Allein 2015 hat die DAK-Gesundheit bereits 294 neue Verträge für Generika geschlossen.

Leistungsausgaben: Ärzte

Die drittgrößte Summe an Leistungsausgaben entfällt auf die ambulanten ärztlichen Leistungen. Für die ambulante ärztliche Behandlung ihrer Versicherten hat die DAK-Gesundheit 2014 3,3 Mrd. Euro gezahlt. Das sind 71 Mio. Euro oder 3,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Umgelegt auf jeden Versicherten hat die Kasse somit 523 Euro pro Kopf ausgegeben.

Insgesamt belaufen sich die Leistungsausgaben 2014 auf 19,1 Mrd. Euro, das entspricht im Vergleich zu 2013 einer Steigerung um 5,3 Prozent. 2,2 Prozent der Leistungsausgaben entfallen auf die Prävention. Eine genaue Aufschlüsselung aller relevanten Zahlen entnehmen Sie bitte den Tabellen auf den folgenden Seiten.

Die Zukunft

Die DAK-Gesundheit hat als große Versorgerkasse einen besonderen Innovationsanspruch. Alle Beschäftigten arbeiten täglich daran, Qualität und Service für die Kunden noch besser zu machen. Unter www.dak.de finden die Versicherten beispielsweise den geschützten Bereich „Meine DAK“: Dort können sie immer mehr online erledigen. Für zahlreiche Vorgänge müssen die Kunden daher weder ins Servicezentrum noch zur Post. Außerdem hilft die DAK-Gesundheit bei der Spezialistensuche, bei der Vermittlung eines Arzttermins und vielem mehr – einfach und ganz bequem elektronisch.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Hans Bender

2014 in Zahlen

Die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hat die Jahresrechnung geprüft und der DAK-Gesundheit einen uneingeschränkten Prüfungsvermerk erteilt. Auf seiner Sitzung am 25. Juni 2015 hat der Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit die Jahresrechnung 2014 abgenommen und den Vorstand entlastet.

Mitglieder- und Versichertenentwicklung

Geschäftsjahr	2013	2014	Veränderung
Mitglieder	4.973.262	4.934.083	-0,8 %
Versicherte	6.332.599	6.242.182	-1,4 %

Vermögen in €

Geschäftsjahr	2013	2014	Je Versicherten		Veränderung
			2013	2014	
Betriebsmittel	241.243.145	10.972.343	38,10	1,76	-95,4 %
Rücklage	407.082.896	419.238.021	64,28	67,16	4,5 %
Verwaltungsvermögen	292.637.143	314.828.262	46,21	50,44	9,2 %
Vermögen gesamt	940.963.183	745.038.626	148,59	119,36	-19,7 %

Erfolgsrechnung in €

Einnahmen in €

Geschäftsjahr	2013	2014	Je Versicherten		Veränderung
			2013	2014	
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	19.323.114.330	19.753.913.110	3.051,37	3.164,58	3,7 %
Zusatzbeiträge	4.741.204	2.099.371	0,75	0,34	-54,7 %
Sonstige Einnahmen	153.285.725	167.864.455	24,21	26,89	11,1 %
Summe Einnahmen gesamt	19.481.141.259	19.923.876.936	3.076,33	3.191,81	3,8 %

Ausgaben in €

Geschäftsjahr	2013	2014	Je Versicherten		Veränderung
			2013	2014	
Ausgabenblöcke					
Ärztliche Behandlung	3.193.983.166	3.265.115.255	504,37	523,07	3,7 %
Zahnärztliche Behandlung	887.026.468	888.087.695	140,07	142,27	1,6 %
Zahnersatz	311.984.276	305.070.143	49,27	48,87	-0,8 %
Arzneimittel	3.266.517.825	3.562.303.036	515,83	570,68	10,6 %
Hilfsmittel	702.387.460	742.860.196	110,92	119,01	7,3 %
Heilmittel	616.943.720	648.988.400	97,42	103,97	6,7 %
Krankenhausbehandlung	6.454.272.548	6.639.622.300	1.019,21	1.063,67	4,4 %
Krankengeld	935.454.894	959.176.719	147,72	153,66	4,0 %
Fahrkosten	434.101.231	451.149.828	68,55	72,27	5,4 %
Vorsorge- und Reha-Leistungen	322.471.598	328.299.572	50,92	52,59	3,3 %
Schutzimpfungen	106.222.722	96.816.361	16,77	15,51	-7,5 %
Früherkennungsmaßnahmen	189.133.944	192.261.949	29,87	30,80	3,1 %
Schwangerschaft und Mutterschaft	85.300.285	84.557.499	13,47	13,55	0,6 %
Häusliche Krankenpflege	472.483.135	517.393.453	74,61	82,89	11,1 %
Dialyse	207.389.495	197.478.318	32,75	31,64	-3,4 %
Sonstige Leistungsausgaben	264.075.438	266.905.681	41,70	42,76	2,5 %
Leistungsausgaben (LA) insgesamt	18.449.748.205	19.146.086.405	2.913,46	3.067,21	5,3 %
davon Prävention	424.461.532	424.515.534	67,03	68,01	1,5 %
Weitere Ausgaben					
Prämienzahlungen	0	0	0	0	0,0 %
Verwaltungsausgaben	970.252.014	925.417.336	153,22	148,25	-3,2 %
Sonstige Ausgaben	46.509.292	48.297.752	7,34	7,74	5,4 %
Summe Ausgaben gesamt	19.466.509.510	20.119.801.493	3.074,02	3.223,20	4,9 %



Foto: fotolia

DAK-Pflegekasse

Die Versicherten- und Mitgliederzahlen der Pflegekasse weichen von denen der Krankenkasse ab, weil bestimmte Personen zwar pflege-, aber nicht krankensicherungspflichtig sind. Das gilt zum Beispiel für Zeitsoldaten, die Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

Versicherte im Jahresdurchschnitt

Geschäftsjahr	2013	2014	Abweichung
Mitglieder	4.974.762	4.935.394	-39.368
Versicherte	6.333.889	6.243.302	-90.587

Erfolgsrechnung in €

Geschäftsjahr	2013	2014	Abweichung
Einnahmen	2.492.939.903	2.577.484.254	84.544.350
Ausgaben	2.460.919.723	2.565.767.283	104.847.560
davon Leistungsausgaben	2.347.110.790	2.447.797.069	100.686.280
Ergebnis	32.020.180	11.716.970	-20.303.210

Ausgaben in €

Geschäftsjahr	Gesamt	Je Versicherten	Veränderung
Pflegesachleistung	396.993.022	63,59	8,4 %
Pflegegeld	519.025.350	83,13	2,8 %
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	60.774.881	9,73	15,4 %
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	54.504.482	8,73	40,8 %
Pflegekräfte	0	0	0,0 %
Leistungen für Pflegepersonen	72.623.553	11,63	1,8 %
Häusliche Beratungseinsätze	4.139.666	0,66	10,0 %
Zusätzliche Betreuungsleistungen	115.528.962	18,50	9,4 %
Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur	3.296.996	0,53	47,2 %
Pflegeberatung	4.564.117	0,73	12,3 %
Tagespflege und Nachtpflege	28.968.738	4,64	11,8 %
Kurzzeitpflege	48.973.284	7,84	6,1 %
Vollstationäre Pflege	1.111.193.136	177,98	4,1 %
Zuschuss für vollstationäre Pflege	1.530.103	0,25	2400,0 %
Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege	1.502.699	0,24	0,0 %
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	23.087.347	3,70	2,8 %
Persönliche Budgets nach § 17 SGB IX	371.643	0,06	-25,0 %
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	718.230	0,12	50,0 %
Gebärdendolmetscher	858	0	0,0 %
Ausgaben gesamt	2.447.797.069	392,07	5,8 %

IMPRESSUM

Herausgeber

DAK-Gesundheit
Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27–31
20097 Hamburg
www.dak.de

Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher

Verantwortlich

Jörg Bodanowitz (V.i.S.d.P.)

Redaktion

Dagmar Schramm
Gabriela Wehrmann

Redaktionelle Mitarbeit

Helge Dickau
Sabine Langner
Annemarie Lüning
Nina Osmers
Dorothea Wiehe

Fotos

Titel: thinkstock.de
Innenteil:
Alle Bilder ohne
gesonderten Bildnachweis:
DAK-Gesundheit
Kapitelanfangsseiten:
thinkstock, i-stock

Grafik

LSL Litho Service Lübeck,
Lübeck

Produktion

Marco Heitböhmer-Wünsch

Litho

LSL Litho Service Lübeck,
Lübeck

Druck

BenatzkyMünstermann
GmbH & Co. KG, Hannover

Rechte

Nachdruck oder Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung der DAK-Gesundheit.

Diese Broschüre wurde in 10/15 gedruckt. Nachträglich kann es zum Beispiel durch gesetzliche oder personelle Änderungen zu Abweichungen kommen.
Nähere Auskünfte erhalten Sie bei der DAK-Gesundheit.

Mehr Informationen zur Arbeit des
medizinisch-wissenschaftlichen Beirats der DAK-Gesundheit
sowie seiner Mitglieder erhalten Sie auf
www.dak.de/beirat

Dort steht auch die vorliegende Broschüre
für Sie zum Download bereit.

Alles Wissenswerte über die DAK-Gesundheit:
www.dak.de

Kontakt:
presse@dak.de

