

Die Bedeutung der Public Health Perspektive in der gesetzlichen Krankenversicherung

Thomas Hehlmann MPH

Krems, 28. März 2007

Was erwartet Sie?

- **Historisches**
- **System der Krankenkassen**
- **Gesundheitsförderung**
- **Der politische Einschnitt 1996**
- **Die Zeit danach ...**
- **Entwicklungspotenziale**

Die historische Entwicklung

Anfang des 20. Jahrhunderts:

- **Reformpädagogik** (um 1920)
- **Frauenbewegung** (um 1900)
- **Sozialmedizin** (um 1875)

WHO

WHO (22. Juli 1946)

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“



Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (21. November 1986)

- **Die Gesundheitsdienste neu orientieren:**

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Krankenversicherung in Deutschland

Bundesweit

- 7 Ersatz-Krankenkassen
- 1 Knappschaft
- 1 See-Krankenkasse

Regional

- 17 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
- 16 Innungs-Krankenkassen
- 9 Landwirtschaftliche Krankenkassen

Regional/ Bundesweit:

- 199 Betriebs-Krankenkassen
- 3 Arbeiter-Ersatzkassen

AOK- Die Gesundheitskasse für Nieders.



Niedersachsen:

Ca. 7,99 Mio. Einwohner

Fläche von 48.000 km²



AOK Niedersachsen:

2,2 Mio. Versicherte

30 % Marktanteil

113 Standorte

6000 Beschäftigte

200 im Gesundheitsservice

Krankenversicherung in Deutschland

40 %	AOK
30 %	Ersatzkrankenkassen
10 %	Betriebs-Krankenkassen
10 %	Private Krankenkasse
5 %	Innungs-Krankenkassen
2 %	Knappschaft
1,5 %	Landwirt. Krankenkasse
1,5 %	sonstige

Ernährung:

- **Dipl.- Oecotrophologinnen**
- **Ernährungsmedizinische Beraterinnen**

Eltern und Kind

- **Kinderkrankenschwestern**

Bewegung

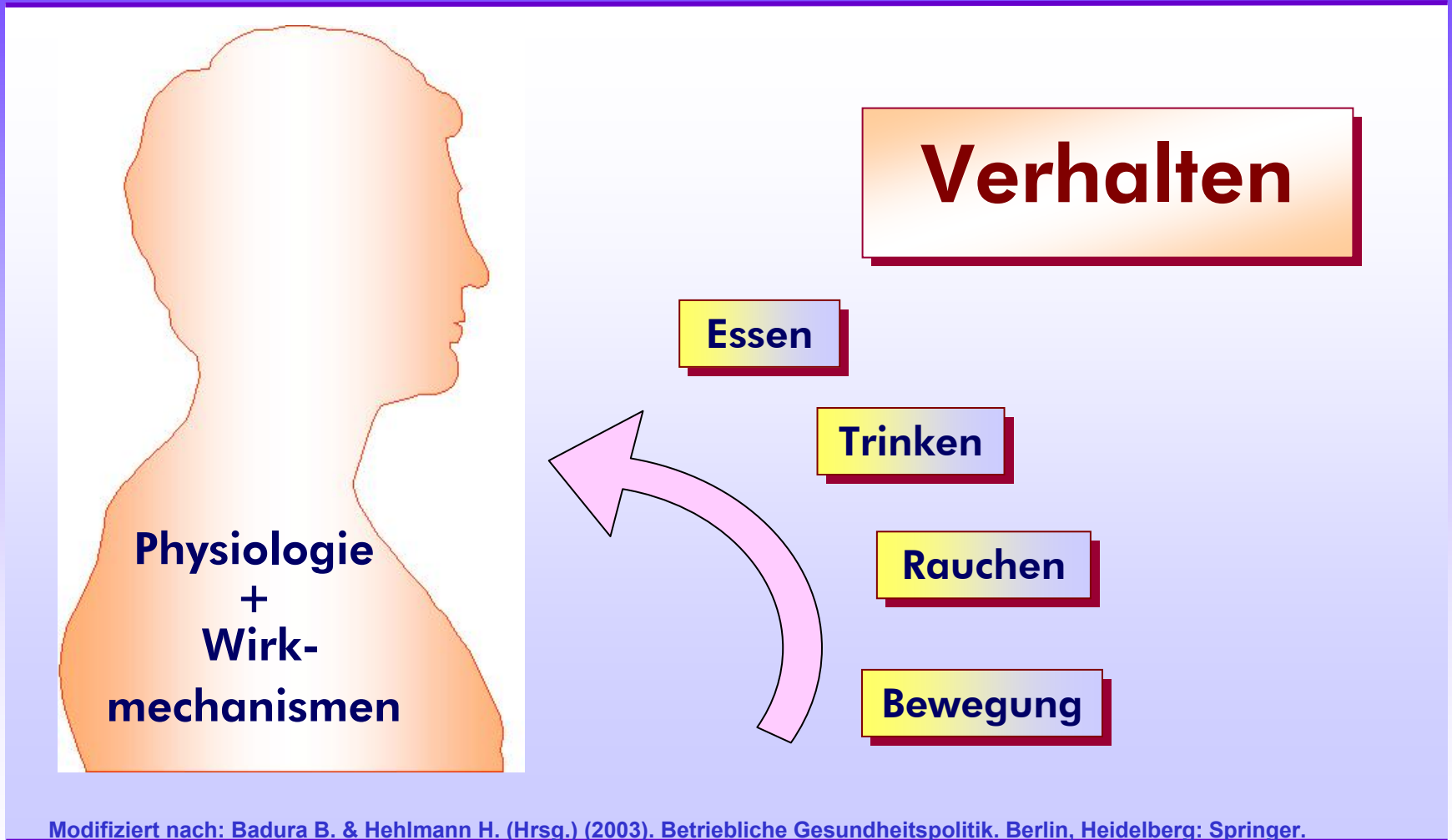
- **Dipl.-Sportlehrer -innen**
- **Sportlehrer -innen**

Gesundheitsberatung

Dipl.- Sozialpädagoginnen

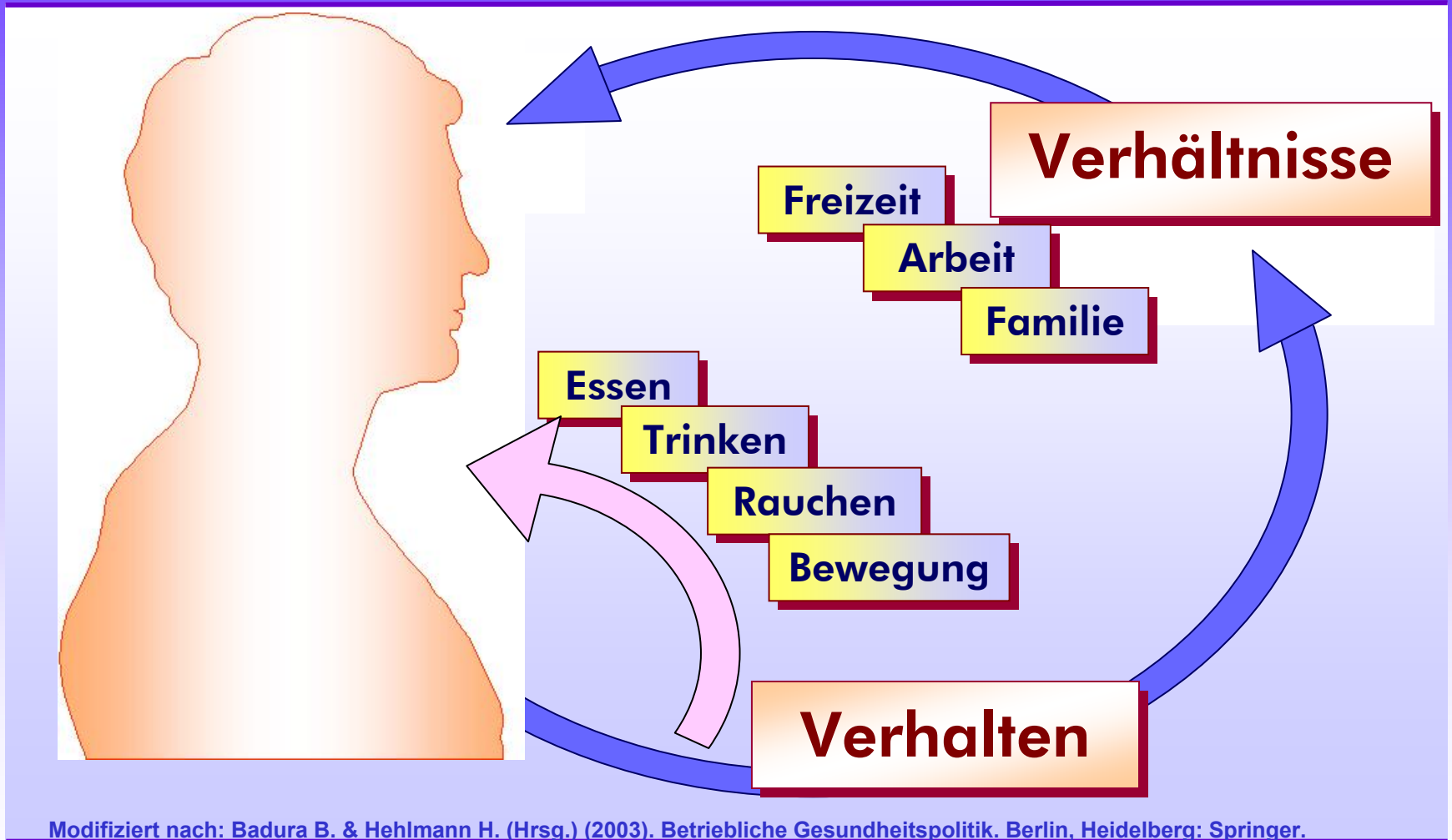
Dipl.- Psychologinnen

Verhaltensprävention



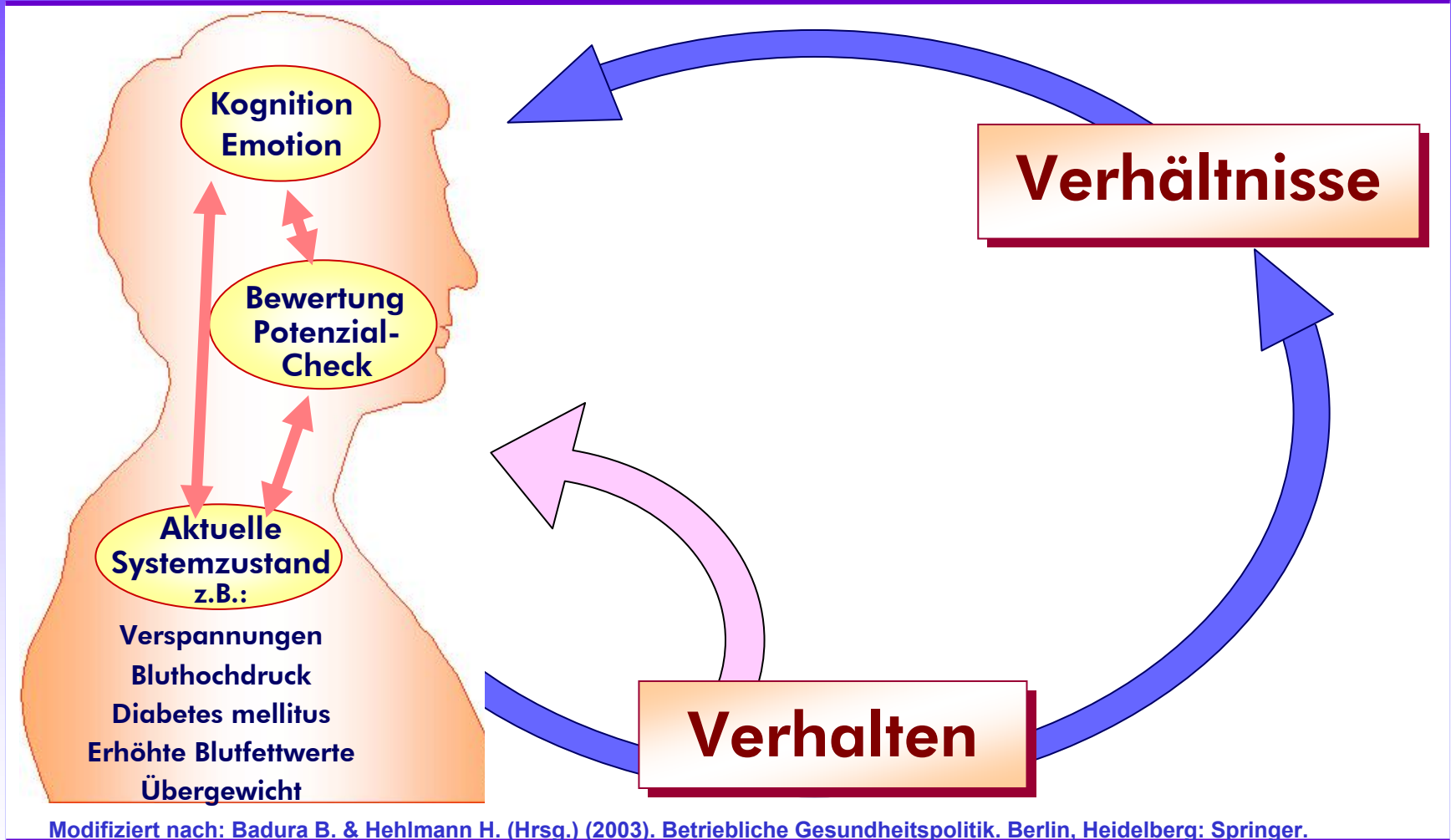
Modifiziert nach: Badura B. & Hehlmann H. (Hrsg.) (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin, Heidelberg: Springer.

Verhältnisprävention



Modifiziert nach: Badura B. & Hehlmann H. (Hrsg.) (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin, Heidelberg: Springer.

Gesundheitspsychologie



Modifiziert nach: Badura B. & Hehlmann H. (Hrsg.) (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin, Heidelberg: Springer.

Marketing

**Allgemeine
Gesundheitsförderung**

**Betriebliche
Gesundheitsförderung**

Beratung

Intervention

Einzelne Projekte

Vorträge

Kooperationen

Keine quantitative und qualitative Auswertung der Gesundheitsförderung

Der politische Einschnitt 1996

H. Seehofer:

„Bauchtanz und Snowboarding auf
Kosten der Solidargemeinschaft!“

MA im Gesundheitsservice:

- 3400 fest angestellte
- 50000 Honorarkräfte

Ausgaben:

0,1 bis 0,6 % der Gesamtausgaben

Gesundheitsförderung wird aus dem § 20 SGB 5 gestrichen

**Allgemeine
Gesundheitsförderung**

Beratung

Intervention

Vorträge

Kooperationen

Qualifizierung/Evaluation/Beratung

Institut

**Betriebliche
Gesundheitsförderung**

Einzelne Projekte

Kooperation MHH – AOK Niedersachsen

Evaluation von Kurskonzepten:

- Neurodermitis bei Kleinkindern
- Rückenschule
- Ernährung und Bewegung

bei Bluthochdruck



Effektivität und Effizienz

Neurodermitis:

- **Sign. Verbesserung des Hautzustands**
- **Rückgang des Medikamentenkonsums**
- **Verbesserung des Bewältigungsformen**

Bluthochdruck

- **Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit**
- **Reduktion des Fettkonsums**
- **Senkung des Blutdrucks**

Rückenschule

- **Sign. Senkung der AU-Tage**
- **Kostenreduktion (350 € Kurs vs 1700 € AU-Tage)**

Der neue § 20 SGB 5

Prävention und Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

„Evaluation“ der Gesundheitsförderung ?

**Arbeitsgemeinschaft der
Spitzenverbände der Krankenkassen**

AOK-Bundesverband, Bonn
BKK Bundesverband, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Kreppschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

**Gemeinsame und einheitliche
Handlungsfelder und Kriterien
der Spitzenverbände der Krankenkassen
zur Umsetzung
von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V
vom 21. Juni 2000
in der Fassung vom 10. Februar 2006**

Federführend für die Veröffentlichung:
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach



Dokumentation 2005

**Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung
in der Primärprävention und
Betrieblichen Gesundheitsförderung**



