

Mehr Solidarität, weniger Markt

Bericht vom Augsburger Kongress „Medizin und Gesellschaft“

Vom 17. bis 21. September trafen sich in Augsburg Fachleute aus Wissenschaft und Praxis zum Kongress „Medizin und Gesellschaft“. Im Mittelpunkt stand das Thema „Prävention und Versorgung: innovativ – qualitätsgesichert – sozial“. Unter der organisatorischen Leitung des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und des Forschungszentrums für Umwelt und Gesundheit (GSF) tagten acht Fachgesellschaften und Institutionen eine Woche lang. Etwa 1500 Teilnehmer befassten sich in Vorträgen, Workshops und Posterausstellung mit den neuesten Forschungsergebnissen von Epidemiologie, Öffentlicher Gesundheit, Sozialmedizin, Gesundheitsförderung und Prävention, Versorgungsforschung, Medizinischer Informatik und Biometrie und vielen weiteren Gebieten. Träger der Veranstaltung waren die Deutsche Gesellschaft für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern (ÖGD), der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS). Mitveranstalter waren darüber hinaus die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) und die Bayerische Landeszentrale für Gesundheit (LZG).

Von besonderem Interesse für das breitere Publikum waren Podiumsdiskussionen, denen allgemeinverständliche Impulsreferate renommierter Wissenschaftler vorausgingen. So hielt der Jesuitenpater Friedhelm Hengsbach aus Frankfurt ein Plädoyer für die These „Mehr Markt macht nicht gesund – Gesellschaftliche Risiken und solidarische Sicherung entsprechen einander“, was erwartungsgemäß bei einigen Diskutanten auf Widerspruch stieß. Gerade im Gesundheitswesen erkenne man klar die Machtverschiebung hin zur Ökonomie, beklagte der renommierte Sozialethiker. Die frühere Übermacht der Leistungserbringer existiere schon längst nicht mehr und statt der Dominanz medizinischer Kompetenz breite sich der Druck ökonomischer Kategorien aus. Die Nachfrageübermacht der Krankenkassen und des Gesetzgebers drängen die medizinische, pflegerische und therapeutische Kompetenz an den Rand, denn in erster Linie gehe es um Kostensenkung, Sparen, Kürzen und Streichen.



KVB-Vorstand Rudi Bittner war Teilnehmer einer Podiumsdiskussion.

Gesundheitsfremde Ziele und ökonomische Maßstäbe hätten sich krebstartig in die Entscheidungsregeln der Selbstverwaltungsorgane eingenistet.

Dagegen vertrat Günter Neubauer (Professor für Volkswirtschaft an der Bundeswehruniversität München) die These, dass sich Solidarität und Markt im Gesundheitswesen nicht ausschließen: Es komme immer auf die Mischung an. Professor Friedrich Wilhelm Schwartz aus Hannover, Leiter von Deutschlands erster Patientenuniversität, betonte, dass ohne Markt die Spitzenleistungen in der Medizintechnologie nicht möglich wären. Rudi Bittner, zweiter stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und Psychotherapeut in Landshut, legte in seinem Diskussionsbeitrag den Fokus auf die Perspektive der Patienten. Eine völlige Ausrichtung des Gesundheitswesens an gängigen Marktkriterien würde zwangsläufig nicht nur große Verunsicherung und Desorientierung bei vielen Hilfsbedürftigen erzeugen, sondern auf jeden Fall auch wirkliche Verlierer produzieren, die dann durch das noch grobmaschigere Netz fallen. Solidarität, insbesondere auch mit psychisch chronisch Kranken, könne nicht durch Marktelemente ersetzt, sondern bestenfalls ergänzt werden. Eine fortschreitende Privatisierung der Risiken führe nicht automatisch zu einer besseren Versorgung der Patienten.

Markus Kreikle (KVB)



Das Kongressplakat.

Quelle: LGL

Neuer Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung

„Teilnahme der Patienten am Hausarztvertrag ist ein Votum für den Hausarzt!“

Die Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen für Bayern und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) haben zum 1. Oktober 2007 einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung geschlossen. Auf einem Pressegespräch stellten die Verhandlungspartner Gerhard Schulte, Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Bayern und der Bereichsvorstand hausärztliche Versorgung der KVB, Dr. Gabriel Schmidt, Anfang Oktober die Vertragsinhalte vor.

„Mehrere Gemeinschaften niedergelassener Hausärzte wollten das Angebot der Betriebskrankenkassen annehmen und hatten daraufhin die KVB zum Abschluss eines entsprechenden Vertrages ermächtigt“, erklärte Schmidt. Der KVB-Vorstand nahm Bezug auf die geänderte Rechtslage, die es nun Ärzteverbänden ermöglicht, Hausarztverträge entweder direkt mit den Krankenkassen zu schließen oder das Verhandlungsmandat auf die KVB zu übertragen. „Ausschlaggebend für den Hausarztvertrag mit der KVB war die wirkliche Chance einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung unserer Versicherten. Denn ein Hausarztvertrag, der nur den Status quo der medizinischen Versorgung zusätzlich honoriert, bringt unseren Versicherten keine Vorteile“, begründete BKK Chef Schulte den Vertragsschluss.

Er erwartet, dass sich etwa die Hälfte der über zwei Millionen erwachsenen BKK-Versicherten in den Vertrag einschreiben wird. Ein solcher Zuspruch würde Hausarzt Schmidt besonders freuen: „Schließlich wäre das auch ein Votum der Patienten für den Erhalt und die Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Und: Selbst wenn nur 330 000 Patienten sich für eine Teilnahme am neuen Vertrag entscheiden würden, brächte das den bayerischen Hausärzten etwa 15 Millionen Euro zusätzliches Honorar über fünf Quartale.“ So zeigten sich die beiden Verhandlungspartner zuversichtlich, dass viele Hausärzte und Patienten das Angebot annehmen werden.

Die teilnehmenden Hausärzte müssen nachweisen, dass ärztliche Fortbildungen, die Praxisführung sowie die Praxisausstattung sie für eine umfassende hausärztliche Koordination qualifizieren. Sie bieten den Patienten ein umfassendes Angebot an Sprechstunden und



Dr. Gabriel Schmidt: „Das ist ein Grundlagenvertrag, der mit weiteren Modulen ausgebaut werden kann.“



Gerhard Schulte: „Hausarztverträge müssen Qualitätsverbesserung bringen.“

übernehmen bei Bedarf Hausbesuche. Außerdem haben die Vertragspartner gemeinsam mit den Gemeinschaften niedergelassener Hausärzte vereinbart, zusätzliche Module in Bezug auf besondere Versorgungsaspekte und Qualitätssteigerung zu entwickeln. Die um den Hausarzt herum zentrierte medizinische Versorgung soll weiter verbessert werden.

Ziel des Hausarztvertrags von Betriebskrankenkassen und KVB ist es, die Hausärzte als Lotsen in den Mittelpunkt der ambulanten Patientenversorgung zu rücken. Die Vereinbarung soll dabei helfen, unnötige Doppeluntersuchungen wie beispielsweise mehrfaches Röntgen zu vermeiden, die ambulante Behandlung einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus vorzuziehen und die Gefahren einer nicht ausreichend abgestimmten Arzneimittelaufnahme zu mindern.

Für die Steuerungsfunktion erhalten teilnehmende Hausärzte zusätzlich zum üblichen Honorar für jeden Behandlungsfall eine Pauschale in Höhe von neun Euro. Für die Betreuung von BKK Patienten, die sich in den Programmen für chronische Krankheiten (Disease-Management-Programme, DMP) eingeschrieben haben, wird eine weitere Pauschale in Höhe von fünf Euro erstattet. „Diese Zusatzvergütungen in Zeiten leerer Kassen als ‚Dumping-Vertrag‘ zu titulieren, wie dies der Bayerische Hausärzterverband (BHÄV) tut, ist weltfremd“, kritisierte KVB-Vorstand Schmidt. Der BKK-Chef ergänzte: „Wir haben mit dem BHÄV über ein Jahr lang über einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung verhandelt. Uns ist dabei klar geworden, dass es dem BHÄV nicht um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung, sondern rein um finanzielle Interessen geht. Auf dieser Basis konnten wir leider zu keinem Konsens kommen.“

Verena Stich (KVB)