

poratistischer und kassenindividueller Aufgaben sowie eine Flankierung von Umsteuerungsprozessen durch neue Anreiz- und Finanzierungssysteme. Prinzipiell plädierte Knieps für eine Erweiterung von Erprobungsregelungen zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen.

Herbert Rebscher, Vorsitzender des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen, Siegburg, interpretierte Liberalisierung dahingehend, daß Vergleiche von Versorgungsalternativen möglich würden. Wenngleich er in der Vergangenheit generell größere Freiräume in der Vertragsgestaltung unterhalb des bisherigen institutionellen Gefüges einforderte, sieht er deren Realisierungsmöglichkeiten zur Zeit nicht als gegeben an. Im Hinblick auf eine gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung wies Rebscher im Rahmen der Erprobung vernetzter Praxen und der damit verbundenen Segmentierung darauf hin, daß sich hinsichtlich der Zielvorstellung einer „evidence based medicine“ die Frage stelle, welche Marktsegmente welche Durchdringung zu ihrer Realisierung erforderten.

Hansen bekräftigte abschließend die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen auch im Hinblick auf den Erhalt der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Jeder Patient könne die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung erwarten, die von einzelnen Arztgruppen jedoch nicht gewährleistet werden könne. Die Abkehr vom gesetzlichen Auftrag der KVen führte – so Hansen – in letzter Konsequenz auch zur Schwächung und Verletzung des Solidargedankens. Eine zentrale Gefährdung dieser Idee gehe von einem unbedachten und auf Risikoselektion orientierten Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen aus.

Das bewährte System der solidarischen Krankenversicherung bleibe auch in Zukunft im Hinblick auf aktuelle Herausforderungen an das Gesundheitssystem (sozialstrukturelle Veränderungen, Wandel des Morbi-

ditätsspektrums, hohe Innovationsdynamik) finanzierbar, wenn eine Konzentration auf notwendige, ausreichende und wirtschaftliche Leistungen erfolge. Dabei impliziere die Stärkung der Eigenverantwortung des „Kunden“ für seine Gesundheit

und die Solidarität für Kranke und Schwache in unserer Gesellschaft keinen Widerspruch; eine sinnvolle Abgrenzung von Solidarität und Subsidiarität gefährde nicht das Solidarprinzip, sondern sichere es in seinem ursprünglichen Sinne ab.

GESUNDHEIT UND MEDIEN IV

Abschied von der Prävention – aus ökonomischer Sicht kontraproduktiv?

Die Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik und Prävention“ unter Leitung von Prof. Dr. Horst Bourmer diskutierte unter ökonomischen Gesichtspunkten über die gesundheitspolitische Entscheidung, präventive Leistungen aus dem §20 SGB V zu streichen.

von Sabine Schindler

Mit der Einführung der Gesundheitsförderung ins Gesundheitswesen sind wir 1989 zu neuen Ufern aufgebrochen, mit der Streichung des § 20 SGB V sind wir 1997 in den alten Sumpf zurückgekehrt.“ Mit diesen Worten faßte Dr. Franz Kemper, Ministerium des Inneren und Sport, Mainz, sein Unverständnis über die politische Absage zur Gesundheitsförderung zusammen. Nicht nur aus individualmedizinischer Sicht, sondern auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sei die Entscheidung für ihn unverständlich, da Studien längst gezeigt hätten, daß zielgerichtete Prävention Kosten spare. Unseriös sei für ihn auch, daß evaluierte Präventionskonzepte mit den vielzitierten „Bauchtanzgruppen“ der Kassen in einen großen Präventionstopf geworfen und mit diesen gemeinsam verunglimpft würden.

Fehlende Orientierung

Dieser Einschätzung schloß sich auch Prof. Dr. Dr. hc. Hubertus von

Voss, München, an. Er verdeutlichte an den Beispielen Folsäure-Prophylaxe, Kindesvernachlässigung, Unfallprävention und Impfschutz, in welchen Bereichen Prävention betrieben werden kann und nachweislich Kosten reduziert. „Bisherige Gesundheitsreformen haben kausal ausgerichtete Überlegungen zur Herkunft der Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht berücksichtigt“, erläuterte Voss. Deshalb habe man symptomorientierten Konzepten zur angeblichen Sanierung dieses „maroden“ Gesundheitssystems den Vorrang gegeben. Doch sei er der Auffassung, daß nicht die Betrachtung der Leistungserbringer in dieser Kostenschraube das Gesundheitssystem reformieren werde, sondern vielmehr die Analyse der Inhalte einer individual- und bevölkerungsmedizinisch nach Wirtschaftlichkeitsgeboten orientierten Gesundheitspolitik.

Mangelnde Orientierung im Bereich der Präventionspolitik warf auch Dr. Mark Schmid-Neuhäus,

München, der Politik vor. Mängel seien nicht nur auszumachen in der einseitigen Gewichtung der kurativ ausgerichteten Medizin, Defizite seien vor allem bei der Institutionalisierung von Prävention und weiter bei der Organisation von Forschung und Lehre für die Prävention festzustellen. Die Einrichtung einer nationalen Koordinierungsstelle sei daher zu befürworten und in einer Resolution zu fordern.

Bourmer für Gesundheitsunterricht

Für die Einführung eines obligatorischen Gesundheitsunterrichts

*Prof. Dr. Horst Bourmer, Ehrenpräsident der Ärztekammer Nordrhein: Gesundheitsförderung in der Schule höheren Stellenwert einräumen.
Foto: Archiv*



sprach sich Prof. Dr. Horst Bourmer, Ehrenpräsident der Ärztekammer Nordrhein, aus. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen wiesen seit Jahren einen zunehmend schlechteren Gesundheitszustand von Jugendlichen aus. Auf diese Entwicklung könne die Gesundheits- und Bildungspolitik nur angemessen reagieren, wenn sie der Gesundheitsförderung in der Schule einen höheren Stellenwert einräume. Nachweislich würden im Kindergarten- und Grundschulalter die Weichen für oder gegen eine gesunde Lebensführung- und -planung gestellt. Bourmer appellierte eindringlich an die Teilnehmer, eine entsprechende Resolution zu verabschieden.

Ohne Gegenstimme mit zwei Enthaltungen sprachen sich die Teilnehmer der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik und Prävention“ für die Einführung eines obligatorischen Gesundheitsunterrichts aus.

Resolution

Die Arbeitsgruppe II des Kongresses „Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen“ fordert die Kultusministerkonferenz der Länder auf, endlich einen obligatorischen Gesundheitsunterricht einzuführen, der die Vermittlung eines gesundheitsbewußten Lebensstils zum Ziel hat. Parallel dazu soll die Fort- und Weiterbildung der Lehrer gesundheitszieherische Aspekte verbindlich aufgreifen. So werden die besten Voraussetzungen für die immer wieder gewünschte verstärkte Eigenverantwortung gelegt, wie sie der Umbau des Gesundheitswesens nötig macht.

Gesundheitspolitik kann und darf nicht betrieben werden, ohne Präventionskonzepte ernsthaft umsetzen zu wollen. Die Kosten im Gesundheitswesen können dadurch eklatant gesenkt werden. Eine kontinuierliche Begleitforschung soll die Effizienz im einzelnen klären.

Bekräftigt wird die bereits von dem 2. Kongreß „Gesundheit und Medien“ erhobene Forderung nach einem nationalen Gesundheitsförderungsprogramm. Der Bundesgesundheitsminister wird gebeten, dazu ein Aktionsprogramm mit Vertretern aller am Gesundheitswesen beteiligten Kräften erarbeiten zu lassen und in Ergänzung des Sachverständigenrates einen „Deutschen Gesundheitsrat“ zu installieren, der nachhaltig die Kompetenz von Fachleuten zur Realisierung einer präventionspolitischen Strategie einbringen kann.

Notwendig ist auch ein stärkerer präventiver Einsatz der Ärzteschaft, der durch finanzielle Anreize mit Änderungen im Abrechnungssystem gefördert werden sollte und Kompetenzerweiterung in Aus-, Weiter-, und Fortbildung nötig macht.

Düsseldorf, den 19. April 1997

DEUTSCHER GESUNDHEITSPREIS

Anreiz für Innovation

Einen neuen Preis für innovative Konzepte im Gesundheitswesen hat der Berliner Quintessenz-Verlag ausgeschrieben. Der „Deutsche Gesundheitspreis“ soll vergeben werden für „strukturelle Innovationen im Gesundheitswesen, die die Qualität der Gesundheitsversorgung fördern und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit verbessern“, heißt es in einer Mitteilung des Verlages. Der erste Preis ist mit 25.000 DM dotiert, der zweite Preis mit 10.000 DM.

Für die eingereichten Projekte müssen „konkrete Realisierungsmöglichkeiten“ bestehen und sie sollen „detailliert ausgearbeitet“ sein, wie Prof. Dr. Fritz Beske bei der Vorstellung des Preises beim Kongreß „Gesundheit und Medien“ kürzlich in Düsseldorf sagte. Der Direktor des Kieler Instituts für Gesundheitssystem-Forschung soll nach den Vorstellungen des Quintessenz-Verlages der Vorsitzende des noch zu bildenden Stiftungsrates sein. Es soll auch eine Jury berufen werden.

Die innovativen Vorhaben im Gesundheitswesen können beispielsweise die sektorübergreifende Integration der Leistungsebenen, die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen oder Prävention und Gesundheitsförderung zum Thema haben. Aussichtsreich sind Weiterentwicklungen, die durch das Sozialgesetzbuch abgesichert sind, gesundheitsökonomische Relevanz besitzen, evaluiert werden können und Integration, Kommunikation sowie Qualitätssicherung fördern. Vorschläge können vom 1. Juli 1997 bis zum 30. November 1997 eingereicht werden.

Nähere Informationen erteilt die Quintessenz Verlags-GmbH, Herr Klaus Merke, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin, Tel. 030/761805, Fax 030/76180-680.

uma