

Presseabschlussbericht zum 6. Europäischen Gesundheitskongress München:

Wettbewerb ja! Aber wie viel?

MÜNCHEN (18. Oktober 2007) – Rund 800 Besucher – Klinikmanager sowie Vertreter aus Gesundheitspolitik und Versicherungswirtschaft – nahmen am diesjährigen **6. Europäischen Gesundheitskongress München** (11. und 12. Oktober) teil. Ihr Interesse galt vor allem einer Frage: Wie sieht das optimale Gesundheitssystem aus? Braucht es mehr Wettbewerb, um eine optimale Patientenversorgung hinzubekommen? Oder tut mehr Regulierung Not, um Verwerfungen im Gesundheitssystem zu vermeiden? Konsens herrschte darüber, dass Wettbewerb grundsätzlich „gut“ ist. Doch wie und wohin sich dieser entwickeln soll, wurde kontrovers diskutiert.

Eine Diskussion, die nach Ansicht des Münchner Gesundheitsökonomen und wissenschaftlichen Kongressleiters, **Prof. Dr. Günter Neubauer**, derzeit in fast allen europäischen Staaten geführt wird. „Wettbewerb im Gesundheitssektor ist überall ein konflikträchtiges Dauerthema. Halten die einen Wettbewerb generell nicht für zielführend, ja sozial diskriminierend, sehen die anderen darin ein Allheilmittel.“

Europa müsse sich hier nun aber endlich auf eine klare Linie verständigen, forderte denn auch **Prof. Klaus Hekking**, Vorstandsvorsitzender des Gesundheits- und Bildungskonzerns SRH in Heidelberg. Gesundheitspolitik in Europa – das bedeute noch immer nationale Gesundheitspolitik in 27 Mitgliedsstaaten. „Was fehlt, ist eine gemeinsame gesundheitspolitische Vision“, so Hekking. „Es macht ja keinen Sinn, einen europäischen Gesundheitsbürger kreieren zu wollen, der sich nach einer EU-Norm verhält. Die Unterschiede sind einfach zu groß. Viel wichtiger ist die Frage, welchen gesundheitspolitischen Stil wir in Europa pflegen wollen.“ Daher seien die EU-Staaten aufgerufen, „einen gesunden Mittelweg zwischen Vollversorgung und Eigenverantwortung, zwischen Staatsinterventionismus und Selbstverwaltung, zwischen Regulierung und Wettbewerb und zwischen Prävention und Kuration zu finden.“

Dem Blick über den nationalen Tellerrand kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu: „Eine stärker international geprägte Betrachtung ökonomischer Zusammenhänge im Gesundheitswesen und der Strukturen in anderen Ländern kann helfen, andere oder gar bessere Erkenntnisse für die jeweiligen Reformbemühungen zu gewinnen“, sagte Bayerns Staatsministerin für Ar-

beit und Sozialordnung, Familie und Frauen, **Christa Stewens**. In ihrer Rede stellte sie klar, dass der Patient „verstärkt als aktiver Marktteilnehmer“ auftritt. Der Gesundheitsreform indes sei es nicht in allen Punkten gelungen, mehr Markttransparenz zu ermöglichen. Das Gesetz entspreche dem, „was in einer Großen Koalition machbar ist“. Dennoch könne die Reform als „ein Schritt zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bewertet werden“.

Klare Worte fand die CSU-Politikerin auch beim Thema „Krankenhausplanung“. Die „originäre Zuständigkeit“ dafür liege bei den 16 Bundesländern. Forderungen, außerhalb der Notfallversorgung Kontrahierungs- und Preisfreiheit für Einzelverträge der Krankenkassen mit den Kliniken einzuführen, stellten diese Zuständigkeit „grundlegend in Frage“. „Fortschritt in der stationären Versorgung von Patienten werden dadurch aber mit Sicherheit nicht erreicht.“ Eine Absage erteilte Stewens auch Plänen, vom bestehenden dualen Finanzierungssystem zu einem monistischen System zu wechseln. „Der Freistaat Bayern sieht keinen Anlass, diese ordnungspolitische Grundlage des Krankenhauswesens aufzuheben.“

Kongresspräsident, Berlins früherer Gesundheitssenator **Ulf Fink**, richtete seinen Blick vor allem in die Niederlande. „Hier gibt es bereits einen ausgeprägten Wettbewerb nicht nur innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.“ Dies habe den Patienten neue Optionen in Form größerer Wahlfreiheit beschert – „woraus sich in Deutschland viel lernen ließe“, betonte Fink.

Anders die Situation in Österreich, wo das Gesundheits- und Krankenversicherungswesen stark reguliert ist, wie **Prof. Dr. Josef Kandlhofer**, Direktor des Hauptverbandes der Sozialversicherungen in Österreich, deutlich machte. Die Möglichkeit, von einer Krankenkasse zur anderen zu wechseln, gäbe es in Österreich bislang nicht. Positives konnte er in Sachen „Elektronische Gesundheitskarte“ berichten. Rund 8 Mio. seiner Landsleute seien mittlerweile im Besitz der Karte, auf der aber selbst keine Daten enthalten seien. „Die Karte ist nur ein Schlüssel, mit dem der Patient den Tresor zu seinen Gesundheitsdaten öffnet.“ Dabei gelte immer der Grundsatz: „Der Patient ist Herr der Daten, niemand sonst“, betonte **Dr. Clemens Martin Auer**, Sektionschef im österreichischen Bundesgesundheitsministerium. Den Vorwurf, die E-Card berge die Gefahr von Datenmissbrauch, wiesen Auer und Kandlhofer zurück. „Die elektronische Kommunikation macht die Daten erst sicher.“ Arztbriefe, die per Fax verschickt würden, könnten jedenfalls schneller in die Hände unbefugter Dritter geraten, so Auer.

Prof. Dr. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), nahm die Wettbewerbs-Debatte auf dem Kongress zum Anlass, Kritik an der aktuellen Ge-

sundheitsreform zu üben. Da stehe zwar „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ drauf. Mehr Wettbewerb sei aber nicht drin. Der für 2009 geplante Gesundheitsfonds und der daraus resultierende Einheitspreis seien „katastrophale“ Entwicklungen, die an den Bedürfnissen der Patienten vorbei gingen.

Dr. Frank Ulrich Montgomery, 1. Vorsitzender Marburger Bund und Vizepräsident der Bundesärztekammer, wurde noch deutlicher. „Beim Gesundheitsfonds dreht sich bei mir der Magen um.“ Das habe mit Wettbewerb nicht viel zu tun. Montgomery verwahrte sich gegen den Vorwurf, Ärzte seien die ewigen Blockierer im System. Sie träten vielmehr für Wettbewerb ein, sie fänden nur nicht die entsprechenden Bedingungen vor. „Unsere Gesundheitsministerin wirft den Ärzten vor, Privatpatienten zu bevorzugen. Falsch. Das ist Wettbewerb.“ Man dürfe nicht vergessen, dass eine bessere medizinische Leistung auch mehr koste.

Pflegereform – was wird sie bringen?

Weiterer Schwerpunkt auf dem Kongress war die Reform der Pflegeversicherung. Zu ihren Zielen gehöre, dass es künftig mehr Alternativen zum Pflegeheim geben soll. Angehörige, die zu Hause pflegen, würden „durch die Reform gestärkt“, betonte Gesundheits-Staatssekretär **Dr. Klaus Theo Schröder**. Geplant seien unter anderem wohnortnahe „Pflegestützpunkte“, „Pflegeberater“ mit Entscheidungskompetenz sowie die Förderung betreuter Wohnformen. „Dazu sollen die Kassen auch Verträge mit Einzelpflegekräften abschließen können.“ Ziel eines solchen „Hilfemix vor Ort“ sei es, dass pflegende Angehörige, die oft selbst schon in einem höheren Alter sind, eine möglichst unbürokratische Unterstützung bekommen können. An der Finanzierung solcher Angebote, die an bestehende Strukturen anknüpfen sollen, müsse auch die private Krankenversicherung beteiligt werden, forderte Schröder.

Weniger optimistisch kommentierte der Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung, **Dr. Volker Leienbach**, die Pflegereform. Viele der künftigen „Pflegeberater“ würden vermutlich aus der Altenpflege kommen, so dass sich allein dadurch die Personalsituation in der Altenpflege weiter verschärfen würde. Und mit dem Aufbau von bundesweit 4.000 „Pflegestützpunkten“ würden lediglich neue „ausgabenträchtige bürokratische Strukturen“ geschaffen. Dieses Geld sei in der direkten Versorgung pflegebedürftiger Menschen besser angelegt. Leienbach plädierte auch für einen Umstieg in eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung. Pflege sei typischerweise ein Altersrisiko, für das man vorsorgen könne. „Eine solche Weichenstellung muss unbedingt bei der Pflegereform erfolgen.“

Reha im Wandel

Intensiv diskutiert wurden auch neue Anforderungen an die Rehakliniken: Für sie gelte, was auch für die Akuthäuser gilt: Ohne Umstrukturierung der Leistungsprozesse geht es nicht. Dabei sind sich die Kenner der Branche sicher: „Reha mit Seeblick“ war gestern. Ein Gutteil der heute stationär erbrachten Reha-Leistungen werde in Zukunft ambulant und wohnortnah von modernen, hochtechnisierten Reha-Zentren erbracht, hieß es. Vorbei sein dürften auch die Zeiten, in denen Reha überwiegend als „Drei-Wochen-Block“ angeboten wird. Stattdessen wird eine Aufspaltung in drei Mal eine Woche Reha mit bestimmten Zeitabständen kommen, da diese Praxis mehr „Nachhaltigkeit“ verspricht. Doch die Reha steht noch vor weiteren neuen Herausforderungen: So macht etwa die Zunahme chronisch kranker Menschen und die steigende Zahl älterer Arbeitnehmer im Berufsleben neue Angebote medizinischer bzw. beruflicher Rehabilitation notwendig.

Der nächste und dann 7. Europäische Gesundheitskongress München ist für den 9. und 10. Oktober 2008 geplant. Pressekontakt: Thomas Hommel, Tel.: 030 263 92 49 - 0, Mail: presse@wiso-gruppe.de