

Im Gesundheitswesen wird fast nichts so bleiben können, wie es ist. Dies sagte Wolfgang Böhmer, der Ministerpräsident von Sachsen-Anhalt und Mitgestalter des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG) des Jahres 2004, in einem Interview im Mai 2006. Und in der Pressemitteilung der Bundesregierung vom 9. Juni 2006 „Gesundheitsreform langfristig tragfähig machen“ steht als Aussage von Ulla Schmidt, Wolfgang Zöllner und Elke Ferner, dass jetzt die historische Chance bestehe, das Gesundheitssystem grundlegend zu erneuern. Der Widerspruch kann größer nicht sein. Hierzu Zitate aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, so abgesegnet sowohl von der SPD als auch von der

Union: „Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet.“ [...] „Die hohe Qualität unseres Gesundheitswesens ist international anerkannt und muss im Interesse aller, die auf seine Leistungsfähigkeit angewiesen sind, erhalten bleiben.“ [...] „Angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts muss das Gesundheitswesen jedoch ständig weiterentwickelt werden.“

Grundlegende Veränderung einerseits, Weiterentwicklung eines anerkanntermaßen und im Koalitionsvertrag gelobten Gesundheitswesens andererseits – was eigentlich will die Politik? Welche Aussage gilt?

Wer im Gegensatz zum Koalitionsvertrag eine grundlegende Veränderung unseres Gesundheitswesens will, muss sich fragen lassen, was die

Bewährtes System in Gefahr

*Während die strukturellen Folgen des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes des Jahres 2004 für unser bewährtes Gesundheitswesen noch völlig unklar sind, wird weiter munter am System gebastelt – Wissen die Berliner Politiker eigentlich, was sie tun?**

von **Fritz Beske**



Was eigentlich will die Politik? Welche Aussage gilt? – Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mit den Parteivorsitzenden Edmund Stoiber, Kurt Beck und Bundeskanzlerin Angela Merkel im Juli in Berlin. Foto: dpa

sen kurzfristigen Sinneswandel herbeigeführt hat und ob Klarheit darüber besteht, wofür es geht und was gefährdet ist. Dabei stehen an dieser Stelle ausschließlich Strukturen und Werte zur Diskussion und nicht die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es sind Strukturen und Werte, die unser Gesundheitswesen zumindest im Prinzip auch heute noch bestimmen und die gerade auch von Patienten geschätzt sind und gefordert werden.

Worum geht es?

Wer in Deutschland morgens glaubt, einen Arzt in Anspruch nehmen zu müssen, hat diesen Arzt bis spätestens mittags gesehen. Wird vom konsultierten Arzt, zum Bei-

spiel einem Allgemeinarzt, die Hinzuziehung eines Facharztes für erforderlich gehalten, wird dies kurzfristig ermöglicht. Ist ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, steht das Krankenhausbett umgehend zur Verfügung. Wartezeiten auf eine medizinische Versorgung sind kurz.

Es kommt hinzu, dass jeder GKV-Versicherte in ganz Deutschland jederzeit jeden Arzt oder jedes Krankenhaus in Anspruch nehmen kann, gleichgültig, in welcher Krankenkasse er versichert ist. Er hat überall Anspruch auf die gleiche Behandlung, mit einem bundesweit hohen Behandlungsstandard und einem auch im inter-

nationalen Vergleich hohen Versorgungsniveau. Die Ausstattung von Praxen, Krankenhäusern und Apotheken sucht ihresgleichen. Wer dies bestreitet, kennt die Wirklichkeit nicht.

Was auf den Versicherten der GKV zutrifft, gilt für die Bevölkerung insgesamt. Man suche ein anderes Land, in dem dies so uneingeschränkt der Fall ist.

Voraussetzung für diese Situation ist zunächst die freie Arztwahl, ein von der Bevölkerung hoch ge-

* Dieser Beitrag ist vor Bekanntwerden der Eckpunkte zur nächsten Gesundheitsreform (siehe auch Seite 12) entstanden. Doch ist die Analyse unseres Autors (siehe auch Kasten „Zur Person“ Seite 11) nach dem Reformkompromiss mindestens so aktuell wie vorher.

schätztes Gut. Es ist weiter ein einheitlicher Leistungskatalog. Und es ist schließlich ein dichtes Netz von niedergelassenen freiberuflich tätigen Ärzten und von Krankenhäusern, Voraussetzung für eine wohnortnahe Versorgung.

Es wird gerne übersehen, dass in diesem System Wettbewerb besteht. Jeder Arzt und jeder Zahnarzt steht mit jedem anderen Arzt und Zahnarzt in Konkurrenz. Gleiches gilt für Krankenhäuser, Apotheken und alle anderen Leistungsträger im Gesundheitswesen.

Strukturen und Werte in Gefahr

Diese Strukturen und Werte unseres Gesundheitswesens sind in Gefahr. Das GMG erlaubt neue Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und integrierte Versorgung. Dies kann als Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems gesehen werden. Gefehlt haben allerdings vorbereitende Modellversuche oder detaillierte Pro-Kontra-Analysen. Es fehlt aber vor allen Dingen, und dies gilt für das GMG insgesamt, eine wissenschaftliche Begleitforschung hinsichtlich der Auswirkungen des GMG, bezogen auf jede Veränderung an sich und auf unser Gesundheitswesen insgesamt. Hierzu gehört auch der Vergleich mit bestehenden Strukturen. Eine derartige Evaluation des GMG ist vom Bundesgesundheitsministerium nicht einmal im Ansatz geplant. Die immer wieder behaupteten Verbesserungen der Gesundheitsversorgung müssen jedoch bewiesen werden.

Mit den neuen Strukturen stehen auch die freie Arztwahl und die durchgängige Versorgung durch den einmal gewählten Arzt zumindest teilweise zur Disposition. Die integrierte Versorgung schafft zudem Ungleichheiten bei besonderen Leistungen für Angehörige bestimmter Krankenkassen in bestimmten Regionen, verbunden mit viel Bürokratie, mit zunehmender Unübersichtlichkeit und mit einem Geldentzug für Versicherte, die sich nicht in einem besonderen Vertragsverhältnis befinden. Die Patienten werden es merken, und sie werden reagieren.

Ideologischer Hintergrund?

Es stellt sich aber auch die Frage, ob die mit dem GMG eingeleitete Entwicklung rein sachbezogen ist oder nicht doch auch einen ideologischen Hintergrund hat. Hierzu eine Bemerkung der Bundesgesundheitsministerin Schmidt auf einem Symposium der Barmer Ersatzkasse am 22. März 2005 in Leipzig. Die Bundesgesundheitsministerin ging lobend auf die Polikliniken in der ehemaligen DDR ein und nannte es einen „Treppenwitz der Geschichte“, dass wir jetzt in den alten Bundesländern Medizinische Versorgungszentren aufbauen, die einst in den neuen Ländern abgewickelt worden sind. Sie hoffe, dass Versorgungszentren in einer Zeit, in der Einzelpraxen aus ihrer Sicht immer mehr zum Aus-

Der Autor



Professor Dr. med.
Fritz Beske

Professor Dr. med. Fritz Beske MPH, geboren 1922 in Wollin (Pommern), ist Direktor des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF). In der schleswig-holsteinischen Landeshauptstadt studierte er Medizin, 1951 medizinisches Staatsexamen und Promotion. 1952 bis 1958 Assistent am Hygiene-Institut der Universität Kiel. 1954 – als einer der ersten Deutschen überhaupt – Public-Health-Studium an der Universität Michigan, USA. Es folgten Stationen im Kieler Innenministerium, bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und als Staatssekretär im Sozialministerium von Schleswig-Holstein.

Das IGSF, das Beske seit der Gründung 1975/76 als Direktor leitet, ist eine gemeinnützige Stiftung mit dem Arbeitsschwerpunkt Politikberatung. Seit dem Jahr 1987 gibt es neben der gemeinnützigen Stiftung die IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH, die im Auftrag beispielsweise von Behörden, Verbänden, Unternehmen und Krankenhasträgern arbeitet. Seit dem Jahr 2001 sind Stiftung und GmbH getrennt. Die Stiftung IGSF stellt seither ihrem Namen den des Gründungsdirektors Fritz Beske voran.

Das Institut gibt eine Schriftenreihe heraus, in der bisher 106 Titel erschienen sind. Wie Fritz Beske dem *Rheinischen Ärzteblatt* sagte, arbeitet er zurzeit am 107. Band, der sich mit dem Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigt und – politisch sicherlich von großer Brisanz – konkrete Vorschläge zu dessen Reduzierung enthalten soll.

uma

laufmodell werden, eine Perspektive für die medizinische Versorgung bieten. Die Perspektive ist also das MVZ als Nachfolgeorganisation der alten Polikliniken.

Die Forderungen gehen über die bereits eingeleiteten Veränderungen hinaus. So sollen alle fachärztlichen Leistungen im Krankenhaus konzentriert werden, eine für lange Zeit unlösbare logistische Aufgabe, was in der Tendenz verbunden wäre mit der Abschaffung freiberuflich tätiger Ärzte und mit dem Verzicht auf eine wohnortnahe Versorgung mit freier Arztwahl und kurzen Wartezeiten.

Man kann alles wollen, aber man muss wissen, was man tut. Forderungen zu erheben und auch umzusetzen ist das eine, die Konsequenzen zu bedenken das andere. Jedes System und auch unser Gesundheitswesen muss sich weiterentwickeln. Weiterentwickeln mit der Bewahrung von bewährten Strukturen und Werten oder Umbruch hin zu einem neuen, einem völlig anders strukturierten Gesundheitssystem mit unkalkulierten und unkalkulierbaren Auswirkungen – da gibt es manches zu bedenken.

Zerstören ist leicht, korrigieren, zurückzunehmen oder wieder aufzubauen dagegen schwer, sehr schwer.

Anschrift des Verfassers
Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH
Fritz Beske Institut für
Gesundheits-System-Forschung Kiel,
Weimarer Straße 8, 24106 Kiel