

GESUNDHEITSPOLITIK IN BRANDENBURG: ALLGEMEINER RAHMEN

Hartmut Reiners

Vortrag im Rahmen des
Workshop FamilienGesundheitsPflege
DBfK Nordost e.V. | 02.12.2010 in Potsdam
Kurzfassung

Die Probleme des Gesundheitswesens in Brandenburg unterscheiden sich nicht grundsätzlich von denen in anderen Bundesländern, sehr wohl aber in ihren Ausprägungen, die mit denen in Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen-Anhalt eher vergleichbar sind als mit denen in Hessen oder Nordrhein-Westfalen. Das hat weniger mit einem Ost-West-Problem zu tun, obwohl auch das teilweise durchschimmert, als mit einem Stand-Land-Gegensatz, der dünn besiedelte Flächenländer besonders hart trifft. Dieser Sachverhalt wird auf der Bundesebene zu wenig berücksichtigt. Die Wettbewerbsorientierung vergangener GKV-Reformen unterstellt, dass Deutschland nur aus Ballungszentren besteht. Es wird Zeit zu erkennen, dass damit die anstehenden Probleme in der Lausitz oder der Altmark ebenso wenig zu lösen sind, wie im Emsland oder im Hunsrück. In ostdeutschen Ländern machen wir diese Erfahrung nur etwas früher als in Westdeutschland.

Die GKV-Reform von 2007 hat mit der Einführung des Gesundheitsfonds für die neuen Länder wichtige Fortschritte gebracht. Der 100-prozentige Einnahmeausgleich und die an den Krankheitsrisiken der Versicherten orientierte Verteilung der Ressourcen des Fonds beenden die Benachteiligung des Ostens, wo weniger Geld als im Westen verdient wird und die Menschen u. a. altersbedingt ein höheres Krankheitsrisiko haben. Nunmehr bekommen die Krankenkassen für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten in den neuen Ländern den gleichen, nach deren Gesundheitszustand gewichteten Betrag wie die im Westen. Allerdings wird dieser Erfolg durch die Pläne der aktuellen schwarz-gelben Bundesregierung zur schleichenden Einführung einer einheitlichen Kopfpauschale für alle Versicherten wieder gefährdet.

Wie auch immer die parteipolitische Zusammensetzung der nächsten Bundesregierung aussieht, sie wird sich vor allem einem Problem stellen müssen: dem wachsenden Gefälle in der Qualität der medizinischen Versorgung zwischen Stadt und Land und dem damit verbundenen demographischen Herausforderungen. Generell wird sich unser Gesundheitswesen auf eine veränderte Zusammensetzung der Altersstruktur der Bevölkerung einstellen müssen. Der Gesundheits-Sachverständigenrat hat in seinem letzten Gutachten (2009) deutlich herausgearbeitet, was das bedeutet:

- Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Förderung der Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten. Während in Ländern wie Schweden, Großbritannien oder den Niederlanden 60 bis 80 Prozent der ambulant tätigen Ärzte Allgemeinmediziner sind, liegt dieser Anteil bei 45 Prozent, mit eher abnehmender Tendenz.

- Unterstützung der Hausärzte durch nichtärztliche Heilberufe, die sie bei der Wahrnehmung von Routineaufgaben unterstützen. Dabei kann es nicht um ein hierarchisches, sondern es muss sich um ein gleichberechtigtes Verhältnis der Berufsgruppen untereinander Berufen gehen. Dies wird insbesondere in ländlichen Regionen immer wichtiger, wo große Entfernung zwischen den Patienten und den Arztpraxen üblich sind und ältere Menschen nur über aufsuchende Betreuung ausreichend versorgt werden können. Es war ein großer Fehler, die Institution der Gemeindeschwester nach der deutschen Einigung ersatzlos abzuschaffen.
- Frühzeitige Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Internationale Studien haben ausführlich belegt, dass die Nivellierung sozial bedingter Unterschiede im Gesundheitszustand erhebliche Effekte auf die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes im Alter hat. Investitionen in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind daher sehr effektiv angelegtes Geld.
- Integration von medizinischer und sozialer Versorgung. Der wegen der demographischen Entwicklung ab 2020 zu erwartende zusätzliche Bedarf an pflegerischer Betreuung erfordert andere Versorgungsformen, um eine teure Medikalisierung sozialer Probleme zu verhindern.

Mit unseren gegenwärtigen, auf einer strikten Trennung zwischen ambulanten und stationären, medizinischen und sozialen Einrichtungen beruhenden Versorgungsstrukturen sind diese Probleme nicht zu lösen, im Gegenteil, sie werden durch sie nur noch verschärft. Wir brauchen differenzierte integrierte Versorgungsformen, die den unterschiedlichen Anforderungen in Ballungsgebieten und in ländlichen Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte gerecht werden. Die Versorgung auf dem Land kann mittel- bis langfristig nur durch regionale Versorgungszentren sichergestellt werden, die ein umfassende ambulante Versorgung und eine stationäre Basisversorgung anbieten. Nur solche Gesundheitszentren können Ärztinnen und Ärzten attraktive Arbeitsbedingungen bieten, die eine wachsende Bedeutung haben und nicht allein mit Gehalts- bzw. Honorarzuschlägen zu tun haben. 70 % der Absolventen eines Medizinstudiums sind Frauen. Das bedeutet, dass familienfreundlichen Arbeitszeiten und flachen Hierarchien eine noch größere Bedeutung zukommt, als sie sie bereits haben.

Es wird eine zentrale Aufgabe einer zukunftsorientierten Landesgesundheitspolitik sein, derartige Modelle einer integrierten Schwerpunktversorgung zu fördern und zu organisieren. Die Politik muss endlich begreifen, dass Gesundheitspolitik keine Wohltätigkeitsveranstaltung ist, sondern gleichermaßen Steuerung eines zukunftssträchtigen Wirtschaftszweiges mit einem hohen Arbeitsplatzpotenzial sowie Sicherung einer für die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung unverzichtbaren regionalen Infrastruktur. Noch so ambitionierte regionale Wirtschaftsförderungsprogramme versickern, wenn es in den jeweiligen Regionen keine gute Versorgung mit Schulen und Gesundheits- bzw. Sozialeinrichtungen gibt.