
Andrea Fischer

Gesundheitsreform



Andrea Fischer, geb. 1960 in Arnsberg, Ausbildung zur Offset-Druckerin, Tätigkeit als Druckerin und Korrektorin, Studium der Volkswirtschaft an der FU Berlin, Arbeit im Europaparlament, im Wissenschaftszentrum Berlin und in der BfA, war Sozialpolitische Sprecherin der GRÜNEN im Bundestag, ist seit Oktober 1998 Bundesministerin für Gesundheit.

Wir stehen in der Gesundheitspolitik unbestritten vor großen Herausforderungen. Viele hoffen darauf, dass nur jemand kommen müsste, der den Mut hätte, den gordischen Knoten zu durchschlagen und alles löst sich in Wohlgefallen auf. Doch diese Hoffnung muss enttäuscht werden. Die Herausforderungen sind vielschichtig. Die Alterszusammensetzung unserer Gesellschaft verändert sich und damit auch das Krankheitsspektrum. Der medizinische Fortschritt führt nicht nur zu neuen Behandlungsmöglichkeiten, sondern im Bereich der Gentechnik auch zu einem veränderten Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Und vor allem ändern sich die Patientinnen und Patienten. Sie sind auch im Gesundheitswesen zunehmend kritische Verbraucherinnen und Verbraucher und wollen in alle Entscheidungen einbezogen werden.

Diesen Herausforderungen können wir nur begegnen, wenn wir unser Gesundheitssystem dort weiterentwickeln, wo es notwendig ist, aber gleichzeitig dort erhalten, wo es sich bewährt hat.

Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Deutschland hat ein hervorragendes Gesundheitssystem. Dies wurde erst vor kurzen erneut in einer international vergleichenden Studie der Bertelsmann Stiftung festgestellt. Danach haben wir ein Gesundheitswesen, das vor allem durch eine für die gesamte Bevölkerung zugängliche und - verglichen mit anderen Ländern - umfangreiche Gesundheitsversorgung geprägt ist, sowie durch eine hohe Qualität. Bei wichtigen Versorgungskennziffern nimmt Deutschland der Untersuchung zufolge sogar eine Spitzenposition ein.

Die Bertelsmann-Studie, die den Stand vor der Gesundheitsreform 2000 beschreibt, hat jedoch auch einige Defizitpunkte zu Tage gefördert. Denn nach den Ergebnissen wird im deutschen Gesundheitswesen ein überdurchschnittlich hohes Ausgabenvolumen aufge-

wandt, ohne dass dem entsprechende Ergebnisse im gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung gegenüberstehen. Es gibt zu wenig Anreize für kostenbewusstes Verhalten und Qualität bei Leistungserbringern und Patienten, die Patienten werden nicht ausreichend in den Entscheidungsprozess miteinbezogen, die Angebotsmenge an ärztlicher Leistung wird nicht ausreichend kontrolliert und steuerungsrelevante Daten werden nicht in geeigneter Weise erhoben und ausgewertet.

Das deutsche Gesundheitssystem wird fortschrittlich weiterentwickelt

Diese Erkenntnisse sind nicht neu. Es zeigt sich, dass wir nahezu alle aus der Bertelsmann-Studie zu folgernden Innovationen mit der Gesundheitsreform 2000 bereits eingeleitet haben. Sie müssen jetzt noch in die Praxis umgesetzt werden.

Durch die Integrierte Versorgung haben die Patienten die Möglichkeit, unter verschiedenen Angeboten auszuwählen und so die Qualität ihrer Versorgung zu verbessern. Gleichzeitig werden Kosten gespart. Den Ärztinnen und Ärzten bietet die enge Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Berufsgruppen darüber hinaus bessere Chancen für den Austausch von Erfahrungen. Erste positive Erfahrungen mit solchen Modellen gibt es beispielsweise aus dem Berliner Praxisnetz, einem Zusammenschluss verschiedener Arztgruppen. Aber auch andere Modelle sind denkbar, etwa ein gemeinsames Disease-Management für bestimmte Krankheiten wie Schlaganfall oder Diabetes, in dem auch über die Sektorengrenzen hinweg zusammengearbeitet wird. Solchen Projekten gehört die Zukunft. Denn sie erhöhen nicht nur die Effizienz des Gesundheitssystems in Deutschland, sondern tragen gleichzeitig zu einer besseren Versorgung jedes einzelnen Bürgers bei.

Weitere von der Bertelsmann-Studie geforderte Schritte in Richtung Qualität sind auch in unserem Gesetz schon gemacht worden. Das deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat den gesetzlichen Auftrag erhalten, ein datenbankgestütztes Informationssystem, das der Bewertung von Wirksamkeit und Effektivität sowie der Kosten medizinischer Verfahren und Technologien dient, zu betreiben.

Gleichzeitig soll der Koordinierungsausschuss auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr, bei denen Anhaltspunkte für eine unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen, Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche, das heißt auch qualitativ gute Diagnostik und Therapie erarbeiten. Diese Leitlinien, die sich in ähnlicher Form in den Niederlanden bereits bewährt haben, sollen für die Leistungserbringer verbindlich sein und nach Möglichkeit auch den Patientinnen und Patienten zugänglich gemacht werden.

Im Krankenhausbereich wird, analog zum niedergelassenen Bereich mit dem Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen, ein Krankenhausausschuss gebildet, der neue Verfahren und Methoden daraufhin bewertet, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich sind. Parallel dazu wird ein pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt, das Fehlanreize, etwa in der Verweildauer im Krankenhaus, abbaut.

Das gesamte System wird stärker an den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, indem zum Beispiel auch die Gesundheitsförderung verbessert wurde oder die Selbsthilfe verstärkt gefördert wird. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind gerade dabei, dies umzusetzen. Auch unabhängige Patientenberatungsstellen werden in Zukunft finanziert. Dieser

Impuls hat bereits ein breites kreatives Nachdenken über eine bessere Patientenberatung ausgelöst.

Einen Punkt, der in der Bertelsmann-Studie angeregt wird, die Zusammenfassung steuerungsrelevanter Daten konnten wir mit der Gesundheitsreform 2000 noch nicht auf den Weg bringen: Das lag einzig und allein an der Blockadepolitik der Opposition. Deshalb erarbeiten wir zurzeit einen gesonderten Gesetzentwurf. Ziel des Gesetzes ist es, Versorgungsstrukturen, Behandlungsabläufe, Krankheitsgeschehen, Wirtschaftlichkeitsreserven, Defizite, aber auch die Qualität der Versorgung offenkundig zu machen, indem die abgerechneten Leistungen der GKV zusammengeführt werden. Nur so kann eine optimale Steuerung der GKV erreicht werden.

Die Zukunft des Gesundheitswesens

Da Gesundheit für die meisten Menschen ein besonders wichtiges Gut ist und tendenziell unendlich viele Leistungen in Anspruch genommen werden können, wird die Frage immer wichtiger, wie in Zukunft die Inanspruchnahme von Leistungen gesteuert werden kann. Als ein sehr erfolgreiches Instrument haben sich dabei Modelle erwiesen, die den Arzt als Partner des Patienten einbeziehen, der ihm hilft, seinen Weg durch das Gesundheitsangebot zu finden. Ich glaube, dass dieser Ansatz, also die erwähnte Integrierte Versorgung oder auch die Hausarztmodelle, das Gesundheitswesen tief greifender verändern wird, als dies bisher von vielen gesehen wird. Dafür haben wir mit der Gesundheitsreform 2000 die Weichen gestellt.

Meine Erfahrung aus den letzten eineinhalb Jahren ist, dass es in der Gesundheitspolitik nicht darum gehen kann, im Hauruckverfahren den gordischen Knoten zu durchschlagen, weil es ihn gar nicht gibt. Es geht vielmehr darum, geduldig und mit Weitblick eine Vielzahl kleiner Knoten aufzuknüpfen.

Die Zielsetzung muss sein, die solidarische Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen, das Gesundheitswesen stärker an den Patienten auszurichten und in seiner Qualität und Effizienz zu steigern.