

Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen

Wie lässt sich die gesundheitliche Versorgung in Deutschland so steuern, dass Bedarf und Bedürfnisse der gesamten Bevölkerung adäquat gedeckt werden? Dies ist die Gretchenfrage aller Gesundheitspolitik, auch wenn sich institutionelle und ökonomische Interessen vieler Akteure des Gesundheitswesens längst selbstständig gemacht haben. Die Vorbereitungen der verfassten Ärzteschaft, den gesellschaftlichen (Sicherstellung-) Vertrag in Frage zu stellen, sind da ein beredtes Beispiel. Zwar ist den meisten Bürgerinnen und Bürgern bewusst, dass das deutsche Gesundheitswesen sich im internationalen Vergleich nicht verstecken muss, der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen vergleichsweise einfach ist und der Leistungskatalog umfassend ist, doch spüren sie, dass die Verhältnisse in raschem Wandel sind. Vor allem wächst die Erkenntnis, dass das deutsche Gesundheitswesen sich reformresistent zeigt und Prozessinnovationen und neue Technologien keinen schnellen Eingang finden.

Die Gesellschaft altert in doppeltem Sinne. Zum einen erreichen mehr Menschen ein höheres Lebensalter, zum anderen werden weniger Kinder geboren. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf die Finanzierung des Solidarsystems, sondern schmälert auch das Potenzial, Fachkräfte für die gesundheitliche Versorgung zu gewinnen. Das betrifft im Übrigen nicht nur Ärzte und andere akademische Professionen im Gesundheitswesen. Selbst wenn – wie derzeit – die Zahl der im Gesundheitswesen Tätigen noch immer steigt ist, werden Lücken in der Versorgung spürbar. Dies betrifft im Schwerpunkt ländliche Gebiete und sozial benachteiligte Stadtteile. Speziell Ärztinnen und Ärzte lassen sich in der ambulanten Versorgung dort nieder, wo die Arbeits- und Lebensbedingungen attraktiv sind. Selbst beträchtliche finanzielle Anreize allein reichen nicht aus, um entsprechende Defizite auszugleichen.

Der Gesetzgeber hat diese Entwicklung erkannt, wie der Beitrag von Volker Amelung, Franz Knieps und Sascha Wolf

zeigt. Seine Bemühungen gehen jedoch nicht weit genug. Von daher wird das Thema Versorgungssteuerung auch in der nächsten Legislaturperiode virulent bleiben. Es reicht jedoch nicht aus, flexible Rahmenbedingungen zur Bewältigung der Herausforderungen im Bundesrecht zu schaffen. Auf die Verhältnisse müssen die politisch Verantwortlichen in den Ländern konzeptionell, gestaltend und moderierend reagieren. Wie dies in einem Flächenland wie Brandenburg aussehen kann, beschreibt der Beitrag von Bettina Baumgardt. Dabei werden erhebliche Anstrengungen von den etablierten Akteuren im Gesundheitswesen erwartet. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen Mark Barjenbruch listet auf, welche Anstrengungen eine aktive Selbstverwaltung der verfassten Ärzteschaft unternimmt, um Versorgungsdefizite auszugleichen und die Sicherstellung für die Zukunft zu gewährleisten. Mehr als skeptisch sind Christopher Hermann und Jürgen Graf, was die Leistungsfähigkeit des Kollektivvertragssystems angeht. Sie beschreiben anhand der Vertragspolitik der AOK Baden-Württemberg, wie eine Alternative zur herkömmlichen Regelversorgung aussehen kann. Auch der Beitrag von Gerad Gaß, Geschäftsführer des öffentlich-rechtlichen Landeskrankenhauses Rheinland-Pfalz, zeigt unkonventionelle Wege auf, wie ein psychiatrisches Landeskrankenhaus im Konsens mit anderen Akteuren Versorgungsverantwortung im ambulanten Bereich übernehmen kann. Axel Wehmeier beschreibt, wie die ländliche Versorgung durch den Einsatz moderner Kommunikations- und Informationstechnologien verbessert werden kann.

Diese Beispiele illustrieren den Wandel in einer vielfältigen Versorgungslandschaft. Sie beschreiten keinen Königsweg, sondern reflektieren die Erfahrungen und Möglichkeiten, die im deutschen Gesundheitswesen stecken. Dem Ziel einer patientengerechten, integrierten Versorgung wird man jedoch nur näher kommen, wenn die Schwachstellen der traditionellen Versorgungssteuerung beseitigt werden. Hierzu zählen unter anderem die fehlende Zielperspektive für das Gesundheitswesen und seine Akteure, die sektorale Ausformung der Planungs- und Honorierungssysteme und die konfliktbeladene Konkurrenz zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, faire Bedingungen für einen Qualitätswettbewerb in der Versorgung zu schaffen.

Der Gesundheitspolitik gehen also die Themen nicht aus. Zu Beginn des Wahljahres 2013 trägt Gesundheits- und Sozialpolitik zur inhaltlichen Belebung einer sich noch immer in Ideologien und Ritualen erschöpfenden Debatte bei. Es geht auch anders, wie die Beiträge dieses Heftes praktisch aufzeigen.

Die Herausgeber