



Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode: Wo bleiben die Patienten?

16. vfa-Round-Table mit Patienten-Selbsthilfegruppen, 22. Januar 2010

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als eines der leistungsfähigsten der Welt. Versorgung findet auf hohem Niveau statt und bietet in der Regel das medizinisch Notwendige. Funktionen und ökonomische Grundlagen des Systems sind dennoch von historisch entwickelten, aber auch jüngeren gesundheitspolitischen Defiziten geprägt. Dazu gehört vor allem:

1. Es gibt eine deutliche Aufteilung in die Sektoren »ambulante Behandlung«, »stationäre Behandlung« und »Rehabilitation«. Die Übergänge zwischen diesen Sektoren sind weitgehend ungeregt, die Weitergabe von Unterlagen (Untersuchungsergebnisse, bereits erfolgte Therapien usw.) funktioniert nicht. Der Wechsel zwischen den Sektoren ist somit häufig mit einem deutlichen Bruch der Therapiekontinuität verbunden. Unnötige Umstellungen in der Therapie, Doppeluntersuchungen, systemimmanente Eitelkeiten und Zwänge und der daraus resultierende erhebliche ökonomische Aufwand sind die Folge.
2. Die Qualität der Versorgung in allen Bereichen des Gesundheitssystems wird nur lückenhaft überprüft. Meinungen über viel zu viele Überprüfungen sind Vorurteile. Da wo Daten vernünftig erhoben werden, ist die festgestellte Qualität in manchen Fällen erschreckend schlecht. (Endoprothesen-Daten BQS 2008, KV-Radiologie-Daten nach §136 SGB V 2008)
3. Im Gesundheitssystem fehlt bislang eine (selbstverständlich anonyme) routinemäßige Erhebung medizinischer, soziodemografischer und ökonomischer Daten, so dass die Abbildung und Evaluation der Behandlungsrealität der Patienten mit akuten und chronischen Krankheiten in Deutschland unmöglich ist.
4. Im zunehmend pauschalierten Vergütungssystem (ambulant und stationär) sind Fehlanreize enthalten. So werden etwa mehr technische Diagnostik und ein früher Einstieg in aufwendige Medikationen gegenüber dem Patienten-Arzt-Kontakt („sprechende Medizin“) fälschlicherweise gefördert.

Die hier gezeigten Defizite müssen zu Konsequenzen führen:

1. Die Versorgung von chronischen Krankheiten und komplexeren akuten Erkrankungen muss vernetzt sein. Eine solche Versorgung, die Sektorengrenzen überwindet, erfordert die Integration und Koordination aller bislang Beteiligten und künftig zu beteiligenden Versorgungssektoren, ärztlicher und nicht-ärztlicher Berufsgruppen, Einrichtungen und Kostenträger¹.

¹ Eine solche Versorgung muss umfassend, wohnortnah, krankheitsbegleitend und problem- wie risikoorientiert sein. Die Versorgung muss den geltenden medizinischen Leitlinien folgen, die Lebenssituation und Präferenzen des Patienten mit einbeziehen. Für die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vgl: Raspe, H.; Conrad, S.; Mücke-

2. Vernetzte Versorgung erfordert eine vernünftige Sicherung der ökonomischen Basis und sinnvolle Anreize. Hierzu gehören unbedingt die Besserstellung der sprechenden Medizin und die Finanzierung der Anleitung zum Selbstmanagement („Patientenschulungen“).
3. Es scheint dringend geboten, wie in den meisten anderen europäischen Gesundheitssystemen auch, die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln erst nach einer Bewertung zu erteilen und nicht automatisch an die Zulassung zu koppeln. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) muss gestärkt, seine unabhängige Rolle, gerade in der Arzneimittelversorgung sollte ausgebaut werden.
4. Ärztliches Handeln sowie die Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen insgesamt müssen qualitätsgesichert sein. Aus erkannten Fehlentwicklungen müssen schnell und nachhaltig Konsequenzen gezogen werden können. Regelungen wie der §137a SGB V (sektorenübergreifende Qualitätssicherung) müssen auch gegen falschen Widerstand mit Leben erfüllt werden.
5. Die Auswertung von Routinedaten und gezielte Versorgungsforschung sind in der Lage, Fehlversorgung und enorme Einsparpotentiale aufzuzeigen. Dabei sind die Daten der Patienten unbedingt zu schützen. Die elektronische Gesundheitskarte kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Versorgung der Patienten zu verbessern.

Fazit²:

Alle Rationalisierungsreserven müssen vollständig genutzt werden. Der zielgerichtete und sinnvolle Einsatz der Ressourcen des Gesundheitssystems in allen Bereichen (ärztliche Versorgung, Arzneimittel, stationäre Versorgung, Rehabilitation) ist die einzig legitime Vorgehensweise, eine gute Versorgung auch in Zukunft zu sichern.

Jegliche Rationierung im deutschen Gesundheitswesen ist derzeit unnötig und entschieden abzulehnen.

Behauptungen, die derzeitigen Finanzierungsgrundlagen des Systems könnten seine Leistungsfähigkeit nicht mehr sichern, entbehren vor diesem Hintergrund ebenfalls jeder Grundlage und sind abzulehnen.

Jede verantwortliche Administration, die Selbstverwaltung, die Landespolitik und die Bundespolitik sind gefordert, das Gesundheitssystem in diesem Sinn zukunftsfest zu machen. Die Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Bundesregierung muss dazu die Weichen stellen, und den Forderungen einzelner Interessengruppen und der Träger und Verursacher der gezeigten Defizite widerstehen.

Burkhard Stork, Freitag, 22. Januar 2010

Borowski, C.: Evidenzbasierte und interdisziplinär konsentrierte Versorgungspfade für Patientinnen und Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa Z Gastroenterol 2009; 47: 541-562

² Ausführlich unter <http://www.dccv.de/die-dccv/wir-ueber-uns/aufgaben-und-ziele/politik/wahl-2009/>