

Editorial – Thema der Woche**Montag, 16. Juni 2014**

Seit mehr als 20 Jahren arbeitet die Politik an einer „Verzahnung der Sektoren“, an einer besseren Kooperation der unterschiedlichen Facharztgruppen, an telematischer Vernetzung der verschiedenen Heilberufe, an Ansätzen zu integrierten Versorgungsmodellen und und und... Dahinter stehen zwei grundlegende Herausforderungen, mit denen unser Gesundheitswesen nach wie vor (und auf absehbare Zeit) zu kämpfen hat: Zum einen ist das Geld knapp, und man erhofft sich mit dem Zwang zur besseren Zusammenarbeit der so genannten Leistungserbringer eine Abschöpfung von Effizienzreserven im System. Zum anderen aber reagiert die Politik mit diesen Kooperationsanreizen (und -zwängen) auf einen grundlegenden Wandel in den Versorgungsanforderungen, auf den eigentlich die Ärzteschaft die richtigen Antworten zu gäben (gehabt) hätte. Denn der schleichende Wechsel von einer eher akutmedizinisch ausgerichteten Versorgung, deren Ende im Grunde bereits mit der erfolgreichen Diabetes-Therapie seit den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts eingeläutet wurde, hätte zwingend auch eine Neu-Organisation der ärztlichen Leistungserbringung und eine sich daran orientierende Veränderung der Honorierungssystematik nach sich ziehen müssen. All dies ist nicht oder in nicht ausreichendem Maße geschehen.

Da von den Patienten (die das System eher als gottgegeben hinnehmen) kein echter Versorgungsmangel wahrgenommen wird, kann sich die Politik dieses Versagen der ärztlichen Selbstverwaltung so lange kopfschüttelnd aber innerlich unbeteiligt betrachten, wie eine gute Konjunktur Geld in ausreichender Menge in die Krankenkassen spült. Damit ist es jedoch seit Ende der siebziger Jahre vorbei – und seitdem läuft der Kampf um den strukturellen Wandel. Grundsätzlich unterscheiden sich dabei zwei unterschiedliche Ansätze: Eher am bürgerlichen Lager orientieren sich die Versuche, den nötigen Reform- und Transformationsprozess *gemeinsam* mit der ärztlichen Selbstverwaltung und weitgehend ohne Beteiligung der Krankenkassen zu gestalten. Die Baustelle um den Paragraphen 116b des SGB V ist beispielgebender Ausdruck dieses Gestaltungsansatzes. Eher sozialdemokratisch gefärbt ist dagegen der Versuch, die Selbstverwaltung mit selektivvertraglichen „Bypässen“ zu umgehen und über so gefundene neue Versorgungsmodelle auch das System des Kollektivvertrages unter Druck zu setzen. Auch dieses Spiel der unterschiedlichen Ansätze spielen wir inzwischen seit etwa 20 Jahren. Mit dem unangenehmen Nebeneffekt, dass nicht nur der Regelungswust immer größer wird, sondern dass auch von immer wieder neu nachwachsenden Politikergenerationen immer wieder neue Konzepte ins System geblasen werden. Die Folge: Das SGB V und die Patienten werden immer dicker, aber das grundsätzliche Problem des kontinuierlichen Anwachsens chronischer Erkrankungen ist alles andere als gelöst.

Wenn jetzt also die Länder über den Bundesrat einen „Nationalen Diabetesplan“ fordern, dann ist das zwar auf den ersten Blick ein Schritt in die richtige Richtung, zu vermuten steht aber, dass auch hinter dieser Forderung wieder nur politisches Bund/Länder-Kalkül steht. Zu befürchten ist also, dass das entscheidende Problem unseres Gesundheitssystems auch mit dieser Forderung weder erkannt wurde noch gelöst wird. Es ist schlicht der oben genannte grundsätzliche Versorgungswandel von akuter zu chronischer Morbidität. Erst wenn dieses neue, oder erweiterte Paradigma in der Politik mit allen Konsequenzen Fuß gefasst hat, kann eine wirkliche nationale Strategie formuliert werden – die dann aber auch weiter reichen muss, als nur bis zur Indikation Diabetes. Eine solche nationale Strategie wäre dann Chef- (oder Chefinnen-)Sache, liebes Kanzleramt. Die aktuelle Verschleuderung volkswirtschaftlicher Ressourcen durch mangelnde Gesundheit und falsch versorgte Krankheit sollten wir uns allerdings nicht mehr allzu lange tatenlos betrachten. Da zumindest hat der Bundesrat vollkommen Recht.