

Editorial – Thema der Woche

Montag, 10. November 2014

25 Jahre nach Fall der Mauer wird man vielleicht sagen dürfen und sagen müssen, dass nicht alles schlecht war in der DDR. Im Gesundheitswesen beispielsweise sucht die Politik im wiedervereinigten Deutschland noch immer nach dem rechten Maß zwischen geplanter Führung, staatlicher Rahmensetzung, konkreter Ausgestaltung durch die Selbstverwaltung und dem freien Spiel der Kräfte im Wettbewerb. Nicht immer hat man dabei den Eindruck, dass Politik und Kommunen den Mut (oder das Geld) haben, Dinge in eigener Verantwortung zu führen und umzusetzen, die in der Selbstverwaltung ausgesessen werden oder im Wettbewerb der Akteure keinen Markt finden. So unterscheidet sich beispielsweise die Impfdisziplin in Ost und West deutlich. Damit soll keine diktatorischen Impfpflicht das Wort geredet werden, aber man könnte schon auf den Gedanken kommen, dass es ein wenig der stärkeren kommunalen Führung (und politischer Verantwortung) bedürfte, wenn Impfquoten besser werden sollen. Vielfach werden nämlich Impfungen und Auffrischungen schlicht verstoßert, da – abgesehen von den Routine-Untersuchungen bei Kindern – niemand einen Überblick über den Impfstatus hat und haben will. Wir brauchen hier sicher kein staatliches Pflichtsystem, aber so ganz im Laissez-faire sollte man das Impf-Controlling vielleicht auch nicht verrieseln lassen. Auf irgendeinem Mittelweg hätte man sich vielleicht einpendeln können, wenn mehr auf die Strukturen des DDR-Gesundheitssystems geachtet worden wäre.

Ähnlich verhält es sich auch mit der Zurücksetzung der nicht-ärztlichen Heil- und Assistenzberufe. Besonders bei multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten fehlt die – auch räumlich – verbindende Profession zwischen Arzt, Arztpraxis und Pflegebett. Die mühsamen Versuche, jetzt Modelle nach „Schwester Agnes“ neu ins Leben zu rufen (die bereits am Namen zeigen, dass sie sich an alten DDR-Institutionen orientieren), sind ein Hinweis darauf, dass mit der nahezu kompletten Abwicklung des DDR-Gesundheitssystems auch einige soziale Errungenschaften in den Orkus der Geschichte gespült wurden, die jetzt mühsam neu belebt und „erfunden“ werden müssen. Es gibt halt neben (und zwischen) Ärzten und Patienten noch einige Gräben zu überwinden, für deren Schließung sich irgendjemand verantwortlich fühlen sollte. Und wenn es „nur“ um Fragen des Transports, der Zugänglichkeit und der sozialen oder routinemäßigen medizinischen Betreuung geht. Auch hier, so der Eindruck, war in den jetzt „neu“ genannten Bundesländern das Netz dichter und die Abstufung enger.

Der engagierten Regine Hildebrandt ist es zu verdanken, dass wenigstens in der ambulanten Versorgung größere Versorgungseinheiten in Form Medizinischer Versorgungszentren auch in den alten Bundesländern zu neuen Versorgungsimpulsen führen können. Als ehemalige „311er-Einrichtungen“ wurden sie zunächst als kuriose Refugien in das neue, gesamtdeutsche Gesundheitssystem implementiert, um dort – langsam (da von der KV-Welt noch immer argwöhnisch beäugt) – ihren Erfolgsweg anzutreten. Es spricht sich halt allmählich auch „im Westen“ herum, dass größere Versorgungseinheiten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf besser ermöglichen und sich auch interdisziplinäres Arbeiten in größeren Kooperationen unter einem Dach leichter organisieren lässt. Auch das hätte man – wenn der Wille dazu vorhanden gewesen wäre – vom Gesundheitssystem der DDR bereits vor 25 Jahren lernen können.

Zwischen gesundheitspolitischer Planwirtschaft (und einer Ausstattung auf Trabi-Niveau) und dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik hätte es also sicher an der einen oder anderen Stelle sinnvolle Kompromisse gegeben. Vielleicht würde es sich auch heute noch lohnen, nach Anregungen zu suchen und sie „reloaded“ in ein gesamtdeutsches Versorgungssystem zu implementieren? Nur so als Idee. – Was man halt so denkt nach 25 Jahren Mauerfall...