

DDR-Gesundheitswesen – Was ist bewahrenswert?

Michael Arnold

In den Berichten über die aktuelle Situation im Gesundheitswesen der DDR spielt die Beschreibung des Mangels an Material und Personal eine große Rolle. So entsteht leicht der Eindruck, es bedürfe nur entsprechender Hilfslieferungen und der Bereitstellung von harter Währung, um die Probleme zu lösen. Dieser Eindruck ist völlig falsch. Das wird auch von denen so gesehen, die bis heute Verantwortung für das Gesundheitswesen der DDR haben: Sie kennen nicht nur den bestehenden Mangel, sondern auch seine Ursachen. Diese liegen in der Philosophie des sozialistischen Staates, in der Realität der sozialistischen Wirtschaft, im Glauben an die grundsätzliche Machbarkeit der Verhältnisse. Daraus folgt: Es gibt zwar unstrittig einen zum Teil gravierenden Mangel an medizinischem Material und auch an qualifiziertem Personal. Aber ohne eine Änderung von wichtigen Grundlagen des Versorgungssystems (Finanzierung, leistungsgerechte Entlohnung, Leistungsanreize), der Strukturen (vor allem des ambulanten Versorgungsangebotes) und der Kapazitäten (zum Beispiel bei der Arzneimittelversorgung und bei der Geräteausstattung) können die Verhältnisse nicht in Ordnung gebracht und kann die Qualität der Versorgung nicht verbessert werden. Dennoch sollten auch auf Fragen nach Bewahrenswertem Antworten gefunden werden. Das Bewahrenswerte in Erfahrung zu bringen – das gebietet nicht nur die Fairneß unseren Kollegen in der DDR gegenüber, von denen viele sich unter den gegebenen Bedingungen genauso ernsthaft um eine gute Versorgung ihrer Patienten bemüht haben, wie es Ärzte in der Bundesrepublik tun. Es liegt auch in unserem eigenen Interesse: Denkbar wäre ja, daß die Weiterentwicklung unseres Systems durch die

Übernahme von Lösungen, die in der DDR gefunden worden sind, gefördert werden könnte.

Doch die Antworten auf die Frage nach dem Bewahrenswerten fallen enttäuschend mager aus. Da sind einmal die bis zum Überdruß als große Errungenschaft zitierten Kinderkrippen. Deren Aufbau lagen ursprünglich gute Absichten zugrunde. Diese waren aber aus wirtschaftlichem Kalkül auch notwendig: wegen der niedrigen Produktivität in der DDR war man auf die Erwerbstätigkeit der Frauen angewiesen, die nur möglich wurde, weil die Kinder untergebracht waren. Dann sind es vor allem das betriebsmedizinische Versorgungssystem und die durch Polikliniken und Ambulanzen gekennzeichnete ambulante Versorgung mit der tendenziell besseren ambulantenstationären Verzahnung, die in der Bundesrepublik als große Errungenschaften eingeschätzt werden.

Betriebsärztliche Versorgung relativ gut

Das betriebsärztliche Versorgungssystem schneidet im Vergleich mit vielen anderen Einrichtungen in der DDR vor allem deshalb gut ab, weil die Ausstattung der Betriebspolikliniken wegen der Wirtschaftskraft der sie tragenden Betriebe vergleichsweise besser war als die normaler Polikliniken und Ambulanzen. Mit Hilfe des betriebsmedizinischen Dienstes sei die Zahl der Arbeitsunfälle verringert worden und habe sich die Arbeitsplatzsituation wesentlich verbessert – so das Urteil im Gesundheitsministerium Ost-Berlins.

Einmal abgesehen davon, daß auch die Betriebsärzte in der Bundesrepublik Erfolge vorweisen können, soll nicht bestritten werden, daß

der betriebsmedizinische Dienst in der DDR eine sehr segensreiche Wirkung entfaltet hat: Die Arbeitsbedingungen sind in der DDR generell wesentlich schlechter als in der Bundesrepublik. Mit Hilfe des betriebsmedizinischen Dienstes mögen die schlimmsten Mängel abgestellt worden sein. Es ist auch verständlich, daß Arbeiter und Angestellte von Kombinat, die über einen funktionierenden betriebsmedizinischen Dienst verfügten, es gerne sahen, wenn ihre Angehörigen dort versorgt wurden. Denn die Alternative – normale Poliklinik und Ambulanzen – fiel häufig schlechter aus.

Bei einem Urteil über die Leistungsfähigkeit der Ambulanzen ist gewissermaßen zwischen „Landambulanzen“ und „Stadtambulanzen“ zu unterscheiden: Landambulanzen, in denen der Arzt weitgehend auf sich gestellt die ihm anvertrauten Patienten versorgen mußte (unter Umständen einschließlich Geburtshilfe und kleiner Chirurgie), werden als im großen und ganzen funktionierend beschrieben. In den Stadtambulanzen aber hat offenbar weder die Notwendigkeit noch der Anreiz bestanden, die Patienten selbst zu versorgen – weswegen diese oft in Polikliniken überwiesen wurden. Das wiederum hat mit dem geringen Ansehen des Allgemeinmediziners und fehlenden Leistungsanreizen zu tun: Mit Ausnahme von Dresden ist die Allgemeinmedizin an keiner anderen Ausbildungsstätte in der DDR repräsentiert! Diese Tatsache bringt das ganze Bild von einem sozialistisch-medizinischen Versorgungssystem ins Wanken: Denn man vermutet doch, daß die primärärztliche Versorgung nicht nur in der Realität, sondern schon im Studium die höchste Aufmerksamkeit findet.

Auch den Bemühungen um eine möglichst rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zum Nutzen der sozialistischen Wirtschaft und Gesellschaft war kein großer Erfolg beschieden: Die hohe Erwerbstätigkeit der Frauen führte bei der durch den Besuch der Kinderkrippen häufigen Erkrankung von Kindern zu entsprechenden Abwesenheiten der Mütter vom Arbeitsplatz. Und normale Arbeitnehmer hatten allen Anlaß,

schon bei kleinsten Befindlichkeitsstörungen der Arbeit fernzubleiben. So war denn der Abbau der hohen Krankheitshäufigkeit ein vordringliches Ziel der Gesundheitspolitik.

Daß die Dinge sich ändern müssen, liegt für jeden auf der Hand. Die Frage ist nun, worin Änderungen bestehen könnten und ob die Lösung in einer Übernahme unserer Verhältnisse – auf einen Schlag oder allmählich – liegen kann. Das Fehlen von offensichtlich Bewahrenswertem (nicht nach dem Urteil auf unserer Seite, sondern nach dem Urteil vieler Insider aus Ministerien und Planungsbehörden in der DDR) und die Notwendigkeit, rasch die notwendigen Änderungen herbeizuführen,

sprechen dafür, unser System, so wie es ist, zu übertragen. Dagegen gibt es sachliche, psychologische und politische Widerstände:

- *Sachliche* bestehen insoweit, als nicht nur die Strukturen, sondern auch der rechtliche Rahmen unseres Systems übernommen werden müßten. Das bedeutet, daß von der Ausbildung der Ärzte und Krankenschwestern über die Weiterbildung bis zum Beschäftigungsstatus der Angehörigen des Gesundheitswesens alles neu geregelt werden mußte, was Zeit kostet.

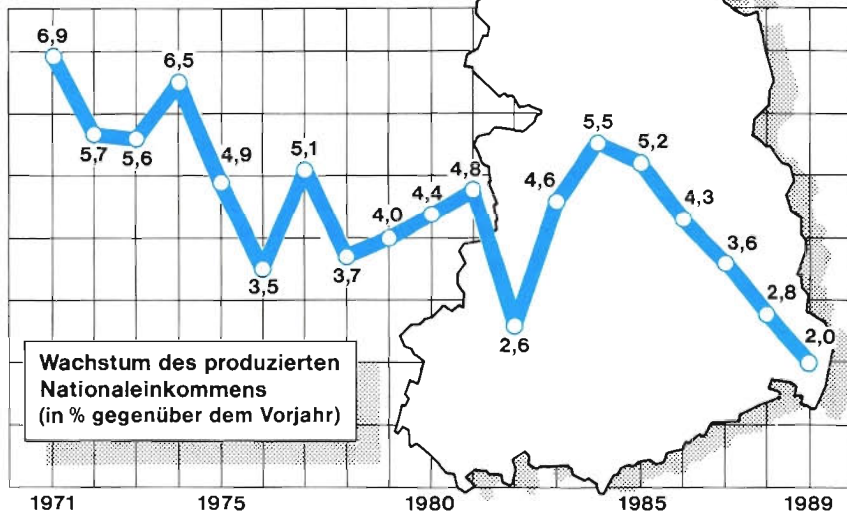
- *Psychologische* Widerstände ergeben sich vor allem bei den Betroffenen vor Ort, weil es kaum mit dem Selbstverständnis unserer Kol-

legen in der DDR zu vereinbaren sein dürfte, daß nun all das, was über Jahrzehnte hinweg praktiziert und für richtig gehalten wurde, aufgegeben wird. Und zwar aufgegeben wird für Lösungen, die nun auch wieder nicht in allen Details so überzeugend sind, daß ihre Überlegenheit in jedem Fall gegeben ist.

- *Politische* Widerstände bestehen einmal auf Seiten der DDR, die – wie brüchig auch immer diesbezügliche Argumente bei Kenntnis unseres Netzes an sozialer Sicherheit sein mögen – einen Abbau sozialer Erwerbschaften befürchtet. Außerdem wären bei einer ersatzlosen Übernahme unserer Verhältnisse ihre eigenen jahrelangen Bemühungen vergeblich gewesen. Zum anderen bestehen Widerstände auf Seiten mancher Politiker in der Bundesrepublik: Nichts liegt näher, als nun für die DDR Strukturen und Lösungen für Probleme zu entwerfen und vorzuschlagen, die früher oder später zwangsläufig in der Bundesrepublik übernommen werden müßten, weil es ausgeschlossen erscheint, auf Dauer unterschiedliche Systeme in einem vereinten Deutschland existieren zu lassen.

DDR-Wirtschaft

Wachstumskurve 1971 – 1989



Quelle: Zentralverwaltung für Statistik der DDR

Wachstum des produzierten Nationaleinkommens (in % gegenüber dem Vorjahr)

ZAHLENBILDER

© Erich Schmidt Verlag

568 501

Die wirtschaftlichen und sozialen Probleme in der DDR wurden durch die Statistik bisher zu einem großen Teil verschwiegen oder beschönigt. Auch die offiziellen Zahlen lassen aber keinen Zweifel daran, daß die DDR-Wirtschaft sich schon seit Jahren auf Talfahrt befindet. Seit 1985 fielen die Zuwachsraten des produzierten Nationaleinkommens von Jahr zu Jahr geringer aus. 1989 verringerte sich das Wachstum auf nur noch 2,0 Prozent (auf der Preisbasis von 1985). Selbst wenn man berücksichtigt, daß die Ergebnisse der letzten Monate durch die Ausreisewelle und die Begleiterscheinungen des revolutionären Umbruchs beeinträchtigt wurden, bleibt es bei der Feststellung, daß das planwirtschaftliche System in der DDR schon längst in der Krise steckt. Bedingt durch den anhaltenden Verlust an qualifizierten Arbeitskräften und durch wachsende Abstimmungsschwierigkeiten zwischen den verschiedenen Produktionsbereichen, hat sich das Tempo der Wirtschaftstätigkeit in der DDR in den ersten Monaten des Jahres 1990 weiter verlangsamt.

Ambulante Versorgung – keineswegs überlegen

Daß diese Befürchtungen nicht aus der Luft gegriffen sind, zeigen bereits kursierende Vorstellungen etwa von der Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitswesens der DDR, von der Art des ambulanten Versorgungsangebotes, von der Versorgung mit Arzneimitteln und Einrichtungen der Medizintechnik. Da wird der Aufbau eines gegliederten Krankenversicherungssystems nach dem Muster der Bundesrepublik für unmöglich gehalten; statt dessen werden Lösungen präferiert, die in erster Linie politisch und ideologisch begründet sind. Weil es mit der eigenen Ideologie übereinstimmt, ist von der angeblichen Überlegenheit des allgemeinmedizinischen und präventiven Versorgungsangebots der DDR die Rede. Das wird vermutlich niemanden mehr überraschen als die Verantwortlichen im DDR-Gesund-

heitsministerium in Berlin. Mit Verwunderung werden sie weiterhin aus einem SPD-Papier entnehmen können, daß ungeachtet der durch die jüngsten Ereignisse demonstrierten Unmöglichkeit einer Planung davon die Rede ist, den „Bedarf“ für die ambulante Versorgung zu planen. Eine Niederlassung über die Plangrößen hinaus soll nicht möglich sein.

Für die Arzneimittelversorgung werden alte Vorschläge reaktiviert, so die von direkten Verhandlungen von Herstellern und Kassen. Positivlisten werden vorgeschlagen, betriebsmedizinische Dienste und Polikliniken sollen zu entscheidenden Kristallisationspunkten eines neuen fortschrittlichen Versorgungssystems werden. Niemand hätte in der Aufbruchstimmung unmittelbar nach der Wende in der DDR und dem damals noch frischen Bewußtsein von der historischen Dimension dieses Prozesses gedacht, daß sich die Dinge so rasch in Richtung Kleinmut, egoistischer Interessenvertretung und Stellvertreterkampf entwickeln würden. Das bundesdeutsche medizinische Versorgungssystem ist ungeachtet aller punktuellen Mängel und Steuerungsfehler beispielhaft in der Welt. Es ist eine törichte Hoffnung, man könne nun aus beiden Systemen etwas drittes, noch besseres konstruieren. Um solches zu leisten, fehlt allein die Zeit: Auch die beste Lösung ist schlecht, wenn sie zu spät kommt. Wir müssen umgehend Übergangslösungen finden, die darin bestehen können, über eine gewisse Zeit hinweg der DDR quantitative Abstriche im Versorgungsangebot, im Leistungsgeschehen – verglichen mit unserem System – zuzumuten. Aber etwas qualitativ Neues für die DDR und dann weitergehend für die Bundesrepublik ist nicht zu entwerfen.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Michael Arnold
Stiftungsprofessor
Gesundheitssystemforschung
Medizinische Fakultät
(Theoretische Medizin)
Universität Tübingen
Österbergstraße 3
7400 Tübingen

Demographischer Umbruch: Ersatzkassen suchen Konzept

Es gibt immer mehr ältere und alte Menschen. Damit wächst auch die Zahl der chronisch Kranken und Pflegebedürftigen. Mit dem Gesetz zur Gesundheitsreform haben die Krankenkassen ein Instrument in die Hand bekommen, das es ihnen erlaubt, Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation zu fördern. Diesen neuen Spielraum wollen die Ersatzkassen nutzen.

Auf dem Ersatzkassenforum 1990, einer gemeinsamen Auftaktveranstaltung des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen (AEV), ist bereits der konkrete Handlungsbedarf ausgelotet worden. Ziel ist eine gesündere Lebensweise, das „weitgehende Zusammendrängen irgendwann unausweichlicher Schadensereignisse in späteste Lebensabschnitte mit möglichst kurzer Qualitätseinschränkung der Lebensführung“, wie es Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz zusammenfaßt. Schwartz arbeitet in der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Während über die Notwendigkeit des von den Krankenkassen angestrebten Wandels weitgehende Einigkeit herrschte, ergab die Bestandsaufnahme der möglichen und nötigen Maßnahmen ein buntes Bild.

Höhere Lebenserwartung ist teuer

Ursprung aller Überlegungen sind die steigenden Ausgaben; verbunden mit den Möglichkeiten, die die neue Gesetzeslage bietet. Schwartz rechnet bei Beibehaltung der jüngsten Entwicklung in der medizinischen Versorgung innerhalb der nächsten zehn Jahre mit einer Steigerung des Ausgabenniveaus in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) real um wenigstens 17 Prozent, davon allein im stationären Bereich um 31 Prozent. Dr. Eckart

Fiedler, Geschäftsführer der beiden Ersatzkassen-Verbände: „Angesichts der demographischen Entwicklung kann man den Eindruck bekommen, daß wir in eine Krise der Unfinanzierbarkeit kurativer Leistungen schlittern.“ Grobe Marschrichtung, so wie es sich auf dem Forum in Bad Godesberg darstellte: Nicht viel ändern bei der Pflegefinanzierung (höchstens bei der Kurzzeitpflege), Steuerung gegen weitere Kostensteigerungen im stationären Bereich sowie neue Programme zur Prävention und zur Rehabilitation. Dazu sollte nach Ansicht von Bundesgesundheitsministerin Prof. Dr. Ursula Lehr auch der Ausbau der Kuren zählen. Im übrigen kein eigenes Facharztgebiet Geriatrie/Gerontologie, aber keine Einwände gegen die (bildungspolitische) Einrichtung von Geriatrie-Lehrstühlen an den Universitäten; größere geriatrische Kompetenz vor allem bei Hausärzten.

Hintergrund des Bemühens um ein neues Konzept: Die alte Bevölkerungspyramide mit vielen jungen und wenig alten Menschen ist einer neuen Dynamik gewichen. Prof. Dr. Schwartz: „Der pyramidenförmige Aufbau ist vielleicht für den Sozial- und Rentenpolitiker eine nach wie vor erträumte Konstellation. Heute ist er aber nur noch für Entwicklungsländer und industrielle Schwellenländer typisch.“ Ihn wieder herbeizusehnen sei abstrus. Die Lebenserwartung von etwa 35 Jahren Ende des letzten Jahrhunderts ist auf 72 Jahre bei männlichen und 78,6 Jahre bei weiblichen Neugeborenen gestiegen. Jedoch der bereits 60jährige hat heute durchschnittlich weitere 17,3 Lebensjahre, die 60jährige noch 22 Lebensjahre vor sich – Tendenz steigend, rechnete die Bundesgesundheitsministerin vor. Zur Zeit leben in der Bundesrepublik 9,3 Millionen Bürger, die älter als 65 Jahre sind.

Die Ersatzkassen rechnen damit, daß die GKV 1990 etwa 140 Milliarden DM ausgeben wird. Auf die ambulante und stationäre ärztliche