

Editorial



Farbe bekennen

Die DKG hat Farbe bekennen, als sie am 24. Juni 2002 gegenüber den anderen Selbstverwaltungspartnern und dem BMG das Scheitern der Verhandlungen zum Optionsmodell für das Jahr 2003 erklärte. Diese Entscheidung war nicht das Resultat des Drucks aus einzelnen Verbandsbereichen, sondern die Folge einer intensiven Diskussion im Vorstand der DKG mit einem eindeutigen Votum für den Fall, dass ein einvernehmliches Optionsmodell scheitern sollte. Erst politisch für ein DRG-System Gas zu geben und dann abrupt auf die Bremse zu treten, endet in einem Scherbenhaufen.

Schon vor der Verabschiedung des FPG fand im BMG ein Grundsatzgespräch zur DRG-Einführung statt. In der ursprünglichen Fassung des § 17 b KHG war der 1. Januar 2003 als verbindlicher Einführungstermin für das DRG-System vorgesehen. Die massiven fachlichen Einwände gegen diesen viel zu engen Zeitrahmen fruchteten nichts; man glaubte, den Königsweg gefunden zu haben – das Optionsmodell. Dieses bedeutet nichts anderes als: Wer will, der kann unter geschützten Bedingungen das DRG-System im Jahr 2003 anwenden – muss aber nicht. Es ist keinem Krankenhaus zu verdenken, wenn es diese Möglichkeit nutzen möchte. Besser wäre es allerdings gewesen, von Anfang an einen realistischen Zeitplan zu fixieren. Ein solcher Vorschlag wurde aber stets als Verzögerungs- bzw. Verweigerungstaktik interpretiert und abgelehnt.

Sicherlich sind viele erstaunt, vielleicht auch erschrocken darüber, dass die DKG als vermeintlicher Dauerbedenkenträger jetzt das Optionsmodell einfordert. Das Ministerium selbst hat sich als Konfliktlöser im Gesetz verankert. Was ist dagegen einzuwenden, diese fachliche Konfliktlösung zu verlangen, wenn sich die Vertragspartner aus unterschiedlichen Gründen verhakt haben? Das BMG kommt dadurch sicherlich in einige Nöte, was infolge der engen Zeitplanung jedoch absehbar war.

Das Haupthindernis der Selbstverwaltungspartner bei den Verhandlungen über ein Optionsmodell war die Frage, ob das Jahr 2003 mit einer (noch) unver-

änderten medizinischen Einteilung nach australischem Muster (Klassifikation) starten sollte oder nicht. Unbestritten ist, dass diese Klassifikation für den eigentlichen Beginn des DRG-Systems im Jahr 2004 überarbeitet werden muss; dies kann aus Sicht der DKG allerdings nicht in einem zweimonatigen „Hau-Ruck-Verfahren“ geschehen. Die Anpassungsnotwendigkeiten werden ja vielerorts erst dann deutlich, wenn bei der Umsetzung in den Krankenhäusern die konkreten Umstände klarmachen, was geht und was nicht.

Es ist schon bemerkenswert, dass erst jetzt von den Kassen, aber auch vom BMG, die Notwendigkeit einer Anpassung des Klassifikationssystems gesehen und mit Argumenten begründet wird, die anlässlich der Anhörung zum FPG und bei sonstigen Gelegenheiten als nicht durchschlagskräftig bezeichnet wurden. Bereits damals hatte die DKG unter dem Stichwort einer längerfristigen „Öffnungsklausel“ die Abkehr vom „100-Prozent-Ansatz“ gefordert, das heißt, nicht alle Leistungen sollten sofort durch das DRG-System erfasst werden. Dabei geht es nicht nur um die Jahre 2003 und 2004, sondern um längerfristige Zeiträume. Eine solche begründete Forderung wurde in der Regel von der Politik und von den Krankenkassen gleichgesetzt mit dem Versuch, möglichst große Teile aus dem bisherigen Krankenhausbudget in das neue Vergütungssystem hinüberzuretten.

Die Rechnung für die übertriebene gesetzgeberische Eile liegt nun auf dem Tisch. Weil nicht einmal eine Einigung aller Selbstverwaltungspartner auf die gemeinsame Verschiebung des DRG-Systems auf 2004 (bei zweijähriger budgetneutraler Phase) erreicht werden konnte, war es an der Zeit, Farbe zu bekennen. Die DKG hat dies getan. Jetzt ist das BMG „dran“. Warten wir es ab.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■