

Inhalt

Politik

Editorial: Vertane Chance	601
Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr Flächenbrand und Aktionismus – Eine Situationsanalyse der Gesundheitspolitik vor der Bundestagswahl	603
BMG-Projektplan für das Optionsmodell	660



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ist entschlossen, bis September 2002 einen Referentenentwurf für die Ersatzvornahme zum Optionsmodell 2003 vorzulegen.

Private Kliniken fordern Umsetzung des Optionsmodells	656
---	-----

Fachbeiträge

Stefan Koerdts/Patricia Schilz/Dr. Michael Schmidt/ Dr. Peter Steiner Abrechnungsbestimmungen im deutschen DRG-System	608
Frank Lillteicher Budgetverhandlungen im DRG-Kontext	613
Dr. Wolfgang Fiori et al. Kodierung in der Geburtshilfe – ein Buch mit 7 Siegeln?	620

Dieter Stashik/Jochen Bröring Systemintegration der Kliniken-EDV – Ein Projekt der Landesversicherungsanstalt Westfalen	630
---	-----

Iris Juditzki Die neue Röntgenverordnung	635
---	-----

Aktuelle Informationen

Rechtsprechung: Bimalleoläre Sprunggelenksfraktur	642
--	-----

Recht und Praxis: Neues Schadensersatzrecht	643
---	-----

Betriebsratswahlen 2002 (IV): Form und Inhalt einer Betriebsvereinbarung	645
---	-----

LVA Westfalen: Innovative Klinik-EDV-Lösungen in Bad Rothenfelde und in Bad Driburg	650
--	-----

Interview mit dem Geschäftsführer der LVA Westfalen, Klaus Schulte	654
---	-----

Nachrichten	655
-------------	-----

„Brennpunkt Personal“: Kooperationsveranstaltung „das Krankenhaus“ und DKI	657
---	-----

DRK-Kliniken Berlin nach JCIA zertifiziert	661
--	-----

25. Deutscher Krankenhaustag – Programm	665
---	-----

Personalia/Namen und Nachrichten	668
----------------------------------	-----

Sonstige Rubriken

Bücher	634, 667
--------	----------

Veranstaltungen	670
-----------------	-----

Impressum	672
-----------	-----

Aktuelle Firmennachrichten	673
----------------------------	-----

Aus Industrie und Wirtschaft	675
------------------------------	-----

Stellenmarkt/Fortbildung	681
--------------------------	-----

Bezugsquellen für den Krankenhausbedarf	3. US
---	-------

Titelbild: Die Rehabilitationsklinik Münsterland der LVA Westfalen in Bad Rothenfelde (Foto: Klinikarchiv)	
--	--

Editorial



Vertane Chance

Termingerecht ist die Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung in Kraft getreten, die die Umsetzung der Disease-Management-Programme (DMP) für Diabetes II und Brustkrebs zum Inhalt hat. Die DMP für die noch fehlenden, aber bereits festgelegten anderen Krankheiten werden folgen; ob noch in diesem Jahr, bleibt abzuwarten. Das bisherige

Verfahren – die DMP-Vorarbeiten durch den Koordinierungsausschuss und die Umsetzung der Programme per Rechtsverordnung des BMG – war gekennzeichnet durch Zeitdruck, fachlichen Stress, das Betreten von thematischem Neuland und Interessenüberlagerung. Künftig sollte ein anderes Umsetzungsverständnis vorherrschen.

Disease-Management-Programme als solche sind zu begrüßen, weil sie dazu dienen, die Versorgungsabläufe und die Versorgungsqualität zu Gunsten der Patienten zu verbessern. Die Rechtsverordnung existiert. Wann die Programme in concreto umgesetzt werden, ist noch offen. Bei ihrer Zulassung spielt die Bundesversicherungsanstalt eine zentrale Rolle mit weit reichender Verantwortung. Von Anfang an wurde die gesamte DMP-Entstehungsgeschichte belastet durch die bis heute nicht geklärte Schlüsselfrage, wer die Aufgabe des eigentlichen „Case-Managers“ übernimmt. Case-Management ist zu unterscheiden von den Disease-Management-Programmen selbst. Bei wem liegt konkret die Zuständigkeit für die Strategie und die Umsetzung der Versorgung von speziellen Patientengruppen? Sind es die Kassen, weil sie die Versorgung finanzieren, oder sind es die Vertragsärzte, weil sie die Verantwortung für die Behandlung tragen? Die Krankenhäuser will man derzeit nicht in einer solchen Rolle sehen. Warum eigentlich nicht?

Der Kern der Frage wird durch die vorliegende Rechtsverordnung im Ergebnis zu Gunsten der Kassenseite beantwortet. Dies kommt unter anderem in der Verpflichtung zum Ausdruck, den Krankenkassen patientenbezogene Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung zu übermitteln – ein Dammbbruch im deutschen Gesundheitswesen. Nach und nach wird erkennbar, dass diese Verpflichtung auch für die Krankenhäuser über den bisher vorhandenen gesetzlichen Rahmen des § 301 SGB V hinaus gelten soll. Die KBV hat klar Front bezogen mit der Feststellung, die ärztliche Verantwortung für die Diagnose und die Therapie sei nicht teilbar. Die Rechtsverordnung sagt etwas anderes und

schaft damit eine Hypothek für die erfolgreiche Verankerung der DMP. Man wird sehen, mit welchen KVen Umsetzungsverträge zustande kommen. Alternativ ist dies auch mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen möglich.

Eines zeigt die Rechtsverordnung jedenfalls deutlich: Statt die Chance zu nutzen, im Rahmen von Behandlungsprogrammen für die Patienten bessere Versorgungsstrukturen zu schaffen und die bisherigen Defizite zu überwinden, werden diese durch die Rechtsverordnung festgeschrieben. Die Umsetzung der DMP erfolgt mit den vorhandenen gesetzlichen Mitteln, welche die Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser im Wesentlichen auf stationäre Leistungen begrenzen. In der Rechtsverordnung selbst fehlt eine gemeinsame Qualitätssicherung. Es gilt das Motto: jeder für sich.

Gesundheitspolitisch orientiert sich die Rechtsverordnung an der Aufrechterhaltung herkömmlicher Versorgungsstrukturen. Die Kopplung der Programme an den Finanzierungsausgleich zwischen den Kassen war wohl einer der Hauptgründe für die Eile bei der gesetzlichen Umsetzung. Besser wäre es gewesen, die Versorgungsstrukturen gleich mit aufzugreifen und neu zu regeln. In einem ersten Schritt hätte dies auf die DMP begrenzt werden können, um Erfahrungen für weitergehende Lösungen sammeln zu können. Lässt sich zum Beispiel eine bessere Versorgung von Brustkrebspatientinnen erreichen, wenn die Krankenhäuser auf stationäre Leistungen beschränkt bleiben und sie nicht dafür ausgestattet werden, die Behandlungsverläufe zu steuern, obwohl wesentliche Versorgungselemente Klinikleistungen sind?

Die DMP entfalten eine eigene Dynamik, etwa bei der Straffung bisheriger Versorgungsabläufe, weil der Gesetzgeber entsprechende Vorgaben macht. Als Erfolg ist zu verbuchen, dass die Vorgaben für die Behandlung den ärztlichen Behandlungsspielraum im Einzelfall nicht einschränken dürfen. Eine vertane Chance liegt jedoch in der Zementierung der herkömmlichen Strukturen der Leistungserbringer, wodurch die Grenzen des DMP-Erfolgs schon jetzt erkennbar werden.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■