

Editorial



Auf alten Pfaden – wie lange noch?

Die ersten 4 Monate des Jahres liegen hinter uns. Es ist sicherlich zu früh, eine Zwischenbilanz der Gesundheitsreform zu ziehen. Aber es lassen sich Trends und Erfahrungen analysieren und man darf die Frage stellen, ob die Reform überhaupt das Zeug hat,

ein Erfolg zu werden. Die Praxisgebühr ist unverändert unbeliebt, Arztbesuche scheinen mehr oder weniger deutlich zurückzugehen. 10 € als Steuerungsinstrument? Interessant ist, dass im Zusammenhang mit Hausarztmodellen auf die Praxisgebühr verzichtet werden soll. Es bleibt abzuwarten, ob dies flächendeckend von den Krankenkassen angeboten wird oder auf Einzelfälle beschränkt bleibt.

Hat die Gesundheitsreform zu einer Reduzierung der Beitragssätze geführt? Wohl nicht, aber eine Bremswirkung ist feststellbar.

Die Selbstverwaltung hat volle Fahrt aufgenommen. Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) wurden schon bemerkenswert viele Entscheidungen getroffen. Die Bildung des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Medizin geht zügig voran.

Was lässt sich aus der spezifischen Sicht der Krankenhäuser konstatieren? Die Gesundheitsreform ist das eine, das DRG-System das andere. Letzteres bewegt nachvollziehbar die Krankenhäuser besonders stark. Der Beschluss der DKG zum Einstieg in die Konvergenzphase, wenn auch unter geänderten Bedingungen, zieht umfangreiche Diskussionen nach sich. Wie nicht anders zu erwarten, gibt es Zustimmung, Ablehnung und Modifikationsvorschläge. Wünschenswert wäre eine möglichst rasche Gesetzesinitiative des BMGS. Die Positionen der DKG liegen auf dem Tisch. Welche Änderungen im KHG/KHEntgG vorgenommen werden, entscheidet letztlich die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrats.

Zurück zum GMG: „Fehlanzeige“ lautet die Zwischenbilanz bei der Umsetzung von DMPs „auf alten Pfaden“ mit ambulanter Beteiligung der Krankenhäuser. Ebenso „Fehlanzeige“ heißt das vorläufige Ergebnis bei den kassenartspezifischen Verträgen zu hochspezialisierten und sonstigen Leistungen. Die Praxis der Krankenkassen straft die Intention des

GMG Lügen: Warum Verträge mit Krankenhäusern über ambulante Leistungen abschließen, wenn diese dem Sicherstellungsauftrag der KVen unterfallen und mit der Gesamtvergütung bereits abgegolten sind – dies bedeutet doch Doppelzahlungen. Ob die Vereinbarungen über solche Leistungen patientenfreundlicher und daher eigentlich unverzichtbar sind, danach wird nicht gefragt. Leistungen, die zusätzliches Geld kosten, sind bei den Krankenkassen unpopulär. Wie lange wird der Gesetzgeber zuschauen? Die Ziele des GMG aus rein kameralistischen Gründen zu unterlaufen, sollte nicht lange möglich sein.

Zum großen Thema Integrationsversorgung fehlt zurzeit die notwendige Initialzündung. Einzelne Beispiele liegen vor, aber die erforderlichen Verhandlungen und die Einrichtung von Begleitmechanismen (Stichwort Registrierstelle) benötigen Zeit. Nachdem die begleitenden Regelungen unter Dach und Fach sind, müsste nun die flächendeckende Realisierung beginnen. Hier ist einiges zu erwarten. Klappt wenigstens an dieser Stelle die Einbeziehung ambulanter Krankenhausleistungen oder behält wieder das herkömmliche Versorgungsverständnis die Oberhand?

Die Integrationsversorgung ist eine Herausforderung, der in vielerlei Ausgestaltungen die Zukunft gehören wird. Bleibt zu hoffen, dass hier die „alten Pfade“ verlassen werden und neue Formen mit neuen Playern zum Zuge kommen. Wettbewerb will auf jeder Seite gelernt sein. Schließlich sollen Abschottungen abgebaut werden, um auf neuen Wegen eine optimierte Versorgung der Patienten zu erreichen. Der eine oder andere braucht vielleicht noch Nachhilfeunterricht.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■