

Editorial



Zwischenbilanz

Ein halbes Jahr nach Inkraft-Treten des GMG ist es Zeit für eine kurze Zwischenbilanz. Der Wirbel um die Praxisgebühr hat nachgelassen. Man hat den Eindruck, als würden sich die Patienten zunehmend damit abfinden. Startschwierigkeiten scheinen überwunden, anfänglich noch ungelöste Fragen weitgehend beantwortet und die Umsetzung

in die Praxis vollzogen zu sein. Die Höhe der Beitragsätze zur Krankenversicherung gehört zu den thematischen Dauerbrennern. Praxisgebühr und Einsparungen in verschiedenen Leistungsbereichen, zum Beispiel in der Arzneimittelversorgung, deuten darauf hin, dass der Beitragssatzanstieg vorerst gestoppt ist. Eine deutliche Senkung wird jedoch in der nächsten Zeit nicht erwartet. Ulla Schmidts überschwängliche Freude über 1 Mrd. GKV-Überschuss im 1. Quartal 2004 klang in den Ohren vieler Experten übertrieben. Gespannt darf man sein, ob noch in dieser Legislaturperiode das Grundsatzthema „Bürgerversicherung versus Kopfpauschale“ in Angriff genommen wird oder nicht.

Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) läuft auf vollen Touren, die Auftragsbücher sind voll. An den Vorgänger, den Koordinierungsausschuss, erinnern sich nur noch Historiker. So schnell vergeht die Zeit. Der gesetzlich vorgeschriebene Katalog hochspezialisierter Leistungen wurde termingerecht fortgeschrieben und um Spezialfälle erweitert. Die großen Erfolgsmeldungen lassen aber auf sich warten. Schon bei den allgemeinen Bedingungen der Leistungserbringung tun sich die Protagonisten schwer: Überweisung ja oder nein? Ein weiterer Knackpunkt ist die stationäre Qualitätssicherung, unter anderem die Schnittstelle des GBA zur BQS. Das mit hohen politischen Erwartungen verbundene Thema der Mindestmengen steht auf der Tagesordnung. Der Glaube, die Menge allein sei schon ein Indikator für Qualität, lässt sich nicht so leicht ausrotten. Der GBA soll durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV unterstützt werden, das voraussichtlich im Frühherbst seine Arbeit aufnehmen wird.

Ist dies eine positive Zwischenbilanz? Die mit dem GMG beabsichtigte Transparenz der Leistungsbereiche – Stichwort: Öffnung der Krankenhäuser – ist insgesamt ein eher trauriges Kapitel. Die DMPs scheinen an der Bürokratie zu ersticken. Auch bei der Integrationsversorgung, einem Kernstück der Reform, ist noch nicht allzu viel „Land in Sicht“. Zwar wurde als 1. Schritt die gesetzlich vorgegebene Finanzierung geregelt. Zahlreiche von den Krankenhäusern angebotene Integrationsverträge scheiterten jedoch schon im Ansatz an einer oberlehrerhaften Ablehnung durch die Kassen.

Mehr und mehr zeigen sich in der Praxis Schwierigkeiten, die bei der Verabschiedung des Gesetzes ignoriert wurden. Als Beispiel sei hier die Erbringung ambulanter Leistungen durch die Krankenhäuser bei Integrationsverträgen angeführt. Daran sollen nach Ansicht des BMGS Vertragsärzte aus dem entsprechenden Versorgungsspektrum mitwirken, die dann der ambulanten Leistungserbringung der Krankenhäuser zustimmen müssen. Begründet wird dies mit dem Argument, es würde sonst der vertragsärztliche Sicherstellungsauftrag unterlaufen. Man braucht also immer einen „Strohmann“. Sollte es nicht selbstverständlich sein, dass bei der Integrationsversorgung die Vertragspartner ihre Leistungen selbst definieren können? Das Fazit lautet: Enttäuschung „hoch 3“ für solche Restriktionen. Anstelle der Überwindung traditioneller Gräben dominiert wieder die Pflege alter Grenzsteine.

Ein besonderes Ärgernis stellt der Bereich hoch spezialisierter Leistungen nach § 116 b SGB V (Einkaufsmodelle – gesetzlich vorgegebener Katalog) dar. Auf den ersten Blick wurden hier die Grenzen des herkömmlichen Sicherstellungsauftrags überwunden. Aber der Schein trügt. Schließlich seien, so wird kassenseitig argumentiert, im Rahmen der Gesamtvergütung die ambulanten Leistungen und damit auch die im Gesetz beschriebenen hoch spezialisierten ambulanten Leistungen bereits vergütet. Warum solle doppelt bezahlt werden? Hier scheidet die reformerische Absicht an rein fiskalischen Hürden. Eine mögliche spätere Bereinigung der Gesamtvergütung zugunsten der Krankenhäuser ist ein ungedeckter Scheck für die Zukunft. Das Gesetz gilt seit 2004, und seine Früchte sollten nicht erst in den Jahren 2007 und 2008 zu ernten sein. Die ganzheitliche Versorgung spezieller Krankheitsbilder durch die Kliniken rückt in weite Ferne. Der lange Arm der KVen ist nicht zu übersehen.

Mit dem GMG sollten alte Strukturen überwunden, es sollte mehr Wettbewerb geschaffen und eine Klimaverbesserung bei der Kooperation im Gesundheitswesen erreicht werden. Davon ist wenig zu erkennen. Was sich abzeichnet, ist leider kein vorübergehendes Tief, sondern vielmehr eine länger dauernde Schlechtwetterperiode für die Krankenhäuser.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■