

DKG zur Weiterentwicklung des DRG-Systems im Krankenhaus

Selbstverwaltung einigt sich erstmals auf Fallpauschalenkatalog

Mit dem DRG-Katalog für 2005 wurde das Krankenhaus-Fallpauschalensystem in Deutschland einen entscheidenden Schritt vorangebracht. Diese positive Bilanz der Selbstverwaltungsarbeiten zum Fallpauschalensystem zog DKG-Präsident Wolfgang Pföhler am 16. September 2004 vor der Presse in Berlin. Am gleichen Tag hatten sich die DKG und die Kassenverbände in einem Spitzengespräch auf den Kernpunkt der Weiterentwicklung des DRG-Systems – den Fallpauschalenkatalog für 2005 – geeinigt. Möglich wurde dies „durch die guten Vorarbeiten des von den Selbstverwaltungspartnern gegründeten Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die konstruktive Arbeit der vertretenen Spitzenverbände“. Pföhler machte deutlich, dass die vom InEK vorgelegten Ergebnisse der G-DRG-Systementwicklung, die auf einen Auftrag der Selbstverwaltungspartner von Januar 2004 zurückgehen, einen wesentlichen Fortschritt hinsichtlich einer leistungsgerechteren Abbildung von Krankenhausleistungen darstellen und die deutschen Kostenverhältnisse insgesamt besser widerspiegeln. An der aktuellen Kalkulationsrunde haben sich 148 Krankenhäuser beim InEK beteiligt, 2004 waren es 144. Für die Kalkulation der Fallgruppen für Hauptabteilungen standen aus der Kalkulationsstichprobe 2 502 835 Krankenhäuserfälle zur Verfügung.

Die vom InEK vorgelegten Ergebnisse der G-DRG-Systementwicklung für das Jahr 2005 stellen – so Pföhler – „einen wesentlichen Schritt hin zu einer leistungsgerechten Abbildung und Vergütung von Krankenhausleistungen dar“. Viele Hinweise der DKG und von Experten zu bestehenden Schwächen sowie ungenügenden Regelungen seien aufgegriffen worden. Wenn auch der Reifegrad des Gesamtsystems in den kommenden Jahren noch weiter steigen müsse, so seien doch Lösungen gefunden worden, die eine sachgerechtere Abbildung ermöglichen. Insgesamt handele es sich beim DRG-System nach wie vor um ein „lernendes System“. Die Aufgabe, eine hohe Abbildungsqualität zu erreichen, werde die Krankenhäuser, die DKG und die Selbstverwaltung noch über Jahre beschäftigen.

Wie Pföhler bekräftigte auch DKG-Vizepräsident Dr. Rudolf Kösters vor der Presse, dass der Fallpauschalenkatalog für 2005 eine grundlegende Verbesserung gegenüber den Vorversionen darstelle. Das InEK habe es geschafft, die Abbildungsschärfe deutlich zu verbessern. Für die Krankenkassenverbände bestätigten J. Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband) und Theo Riegel vom VdAK die Bedeutung des Beschlusses zum Fallpauschalenkatalog.

Eine Einigung der Selbstverwaltung erfolgte zudem bei den „Abrechnungsbestimmungen“ für die Fallpauschalen und bei den „Zuschlägen für Begleitpersonen“ des Patienten. Gleichzeitig hätten, wie Pföhler betonte, erhebliche inhaltliche Differenzen mit den Kassen eine Verabschiedung des „Gesamtpakets“ der Weiterentwicklung des DRG-Systems unmöglich gemacht. So habe die Kassenseite bei der Definition von „Besonderen Einrichtungen“ derart hohe Hür-



Foto: Mihalsch

DKG-Präsident Wolfgang Pföhler verkündete die Einigung der Selbstverwaltung über den DRG-Katalog für 2005, warnte jedoch gleichzeitig vor einer finanziellen Überforderung der Krankenhäuser und forderte eine sachgerechte Umgestaltung der Rahmenbedingungen der Konvergenzphase.

den aufbauen wollen, dass diese für keine Klinik in Deutschland überwindbar gewesen wären. Der Gesetzgeber habe jedoch zu Recht die „Besonderen Einrichtungen“ aus der DRG-Systematik herausgenommen, um bei Häusern, deren Leistungen aufgrund der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können, Verwerfungen zu vermeiden.

Auch bei der Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen sei eine Einigung mit den Kassen nicht möglich gewesen. Die Vorstellungen der Kassenverbände würden aufgrund der realen Kostenunterschiede zu massiven Ungerechtigkeiten führen. Auch hier werde die DKG gegenüber dem BMGS das Scheitern der Verhandlungen erklären und gleichzeitig den Gesetzgeber auffordern, sachgerechte Verfahrensregelungen festzulegen, welche die Liquidität der Ausbildungsfonds sicherstellen inklusive der Berücksichtigung von Zwischenfinanzierungskosten. ▶

Erste Durchsicht des neuen G-DRG-Katalogs 2005

Der Kalkulations- und Anpassungsprozess des DRG-Systems für 2005 ist abgeschlossen. Der neue Katalog enthält mit fast 878 Fallgruppen 54 Gruppen mehr als 2004, von denen 33 nicht mit einer bundesweiten Bewertungsrelation versehen werden konnten. Die erste Durchsicht des neuen Katalogs zeigt, dass viele Problembereiche konstruktiv angegangen wurden. Hierzu gehört die bessere Differenzierung wenig komplexer und hochkomplexer Fallspektren, die sachgerechtere Berücksichtigung des Aufwands bei Kurz- und Langliegern sowie die aufwandsgerechtere Abbildung von Mehrfachleistungen und Leistungskombinationen. Beispielhaft sind die DRGs für intensivmedizinische Fälle zu nennen, bei denen die Gliederung nach Beatmungszeiten einerseits gestrafft wurde, andererseits aber eine zusätzliche Differenzierung nach der Komplexität der für diese Fälle erbrachten Eingriffe erreicht wurde.

In fast allen Hauptdiagnosekategorien (MDC) erfolgten teilweise umfangreichere Veränderungen. Die Zuschläge bei Unter- oder Überschreitung der Grenzverweildauer wurden in Abhängigkeit von der jeweiligen DRG nach unterschiedlichen Methoden berechnet, um eine sachgerechtere Leistungsfinanzierung der kurz oder lang verweilenden Behandlungsfälle zu erzielen. Die Ausdifferenzierung von Basis-DRGs in unterschiedliche Schweregrade wurde zugunsten einer Umwandlung in ungesplittete Basis-DRGs reduziert. Hauptgrund hierfür war die Notwendigkeit einer neuen Hierarchisierung der Fallgruppen innerhalb einer MDC, um eine sachgerechte und leistungsbezogene Finanzierung sicherzustellen. Im System 2004 konnten Situationen entstehen, bei denen Mehrleistungen bei ansonsten identischen Fällen zu Vergütungsminderungen führten.

Probleme der nicht sachgerechten Leistungsabbildung wurden auch durch eine erhebliche Ausweitung des Katalogs der Zusatzentgelte angegangen. Hinzugekommen sind neue Zusatzentgelte für teure Medikamente und Blutprodukte sowie Implantate.

Kurzbewertung

Es ist zu erwarten, dass der G-DRG-Katalog 2005 insbesondere komplexe Leistungen aufwandsgerechter abbil-



det, als dies in der Version des Jahres 2004 möglich war. Die ausgeprägtere Differenzierung zwischen komplexen und weniger komplexen Fallgruppen müsste zu einer verbesserten Darstellung der Leistungen in allen Versorgungsbereichen führen. Die sachgerechtere Abbildung auch der nicht komplexen Leistungen kann allerdings für einen Teil der Krankenhäuser dazu führen, dass sie künftig für diese Leistungen weniger Erlösen werden als im DRG-System 2004.

Ein 1:1-Vergleich des DRG-Systems 2004 mit dem DRG-System 2005 ist kaum möglich, da die Strukturierung der Fallgruppen teilweise erheblich geändert wurde. Auch Fallgruppen mit ähnlich klingenden Bezeichnungen in beiden Systemen liegen zum Teil unterschiedliche Definitionen zugrunde, sodass die Fallkonstellationen bzw. -komplexitäten in diesen DRGs variieren. Wie sich die Veränderungen der DRG-Bewertungsrelationen auswirken, ist nur zu beurteilen, wenn die Wanderung der Fälle aus den DRGs 2004 in entsprechende DRGs im System 2005 berücksichtigt wird.

Welchen Einfluss die veränderte Leistungsabbildung letztendlich auf die ökonomische Situation der Krankenhäuser hat, kann zum jetzigen Zeitpunkt kaum abschließend festgestellt werden. Hierzu müssen zunächst Krankenhausdaten mit dem neuen System gruppiert werden. Darüber hinaus sind die zusatzentgeltfähigen Leistungen je Krankenhaus zu quantifizieren. Dies umzusetzen kann mehrere Wochen in Anspruch nehmen. Es darf aber erwartet werden, dass Infolge der verbesserten Staffelung unterschiedlicher Fallkomplexitäten im DRG-System 2005 der CaseMixIndex (CMI) von spezialisierten Häusern und Häusern der Maximalversorgung ansteigt, während der CMI von Häusern der Grund- und Regelversorgung sinkt.

Autoren der Münsteraner DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster werden ab Ausgabe 11/04 von „das Krankenhaus“ die neue DRG-Version ausführlich vorstellen, kommentieren und bewerten.

Prof. Dr. Norbert Roeder

DKG fordert Nachbesserung des Entwurfs zum 2. FPÄndG

Kliniken brauchen mehr Anpassungszeit

DKG-Präsident Wolfgang Pföhler, DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers und Geschäftsführer Dr. Peter Steiner wiesen auf einer Pressekonferenz am 20. September 2004 in Berlin darauf hin, dass die technische Ausgestaltung des DRG-Systems selbst und die politischen Rahmenbedingungen, unter denen das Fallpauschalensystem angewen-

det werden soll, unterschiedlich betrachtet werden müssen. Vor dem Hintergrund der wirtschaftlich bis zum Zerreißen angespannten Situation der Kliniken sei es notwendig, die zu erwartenden wirtschaftlichen Verschiebungen sachgerecht auszugestalten. Ab dem Jahr 2005 hätten die Krankenhäuser mit dem Wegfall der so genannten budgetneutralen Phase auch budgetär die Folgen des DRG-Systems zu tragen. Dies setze einen verantwortungsvollen gesetzlichen Rahmen voraus, die bestehenden gesetzlichen Regelungen zum DRG-System müssten angepasst werden.

Der DKG-Vorstand hatte in seiner Sitzung am 15. September 2004 in Berlin nach intensiver Vordiskussion im Krankenhausfinanzierungsausschuss und in der Selbstständigen Fachkommission (SFK) mit großer Mehrheit detaillierte Änderungsvorschläge des 2. FPÄndG verabschiedet.

Im Mittelpunkt des Beschlusses standen unter anderem die Dauer der Konvergenzphase sowie die Höhe der Budgetanpassung. Kernpunkte des Vorstandsbeschlusses sind eine Verlängerung der Konvergenzphase auf 5 Schritte und die Einführung einer so genannten Kappungsgrenze für Verluste von Kliniken während der Konvergenzphase. Ziel dieser Maßnahmen ist eine „behutsamere Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus“.

Die angestrebte Verlustbegrenzung für Kliniken während der Anpassungsphase an die landesweiten Fallpreise und die Streckung der Konvergenzphase berücksichtigen nach Pföhlers Worten, dass es trotz des vorliegenden verbesserten Fallpauschalenkatalogs für 2005 noch viele „Unwuchten im System“ gebe, die eine massive Benachteiligung von vielen Kliniken nach sich zögen. An ein Preissystem müssten hohe Anforderungen gestellt werden. Dies erfordere Zeit, damit sich die Auswirkungen auf die Kliniken und auf die Patienten rechtfertigen lassen. Anderenfalls seien erhebliche Verwerfungen in der Krankenhauslandschaft zu befürchten.

Der DKG-Präsident betonte, dass der optimistische Zeitplan für die Einführung des DRG-Systems, den die Politik seit dem Jahr 2000 aufgestellt habe, nicht zu halten sei. Die für die „Scharfschaltung“ des Systems vorgesehenen 3 Schritte (2005 bis 2007) reichten nicht aus, um die individuellen Preise der Krankenhäuser an die landesweiten Fallpreise anzupassen. Die DKG stehe uneingeschränkt zum Starttermin der „Scharfschaltung“ des DRG-Systems am 1. Januar 2005, doch seien wesentlich geringere Auswirkungen auf das einzelne Krankenhausbudget zu tolerieren. Nach Anpassungsschritten von 10 Prozent (2005), 20 Prozent (2006), 20 Prozent (2007), 25 Prozent (2008) und 25 Prozent (2009) sollten schließlich kumuliert 100 Prozent des Preisunterschieds zum Landesbasisfallwert im Jahre 2009 angeglichen werden.

Die Einführung einer „Kappungsgrenze“ solle bewirken, dass der maximale Betrag, den ein Krankenhaus verliere, im 1. Jahr nicht mehr als 1 Prozent vom Klinikbudget betrage. In den Folgejahren solle der Wert für 2 Jahre bei jeweils 2 Prozent und schließlich für 2 Jahre bei jeweils 2,5 Prozent liegen. Durch die Begrenzung des Verlustes solle den Kliniken eine realistische Möglichkeit gegeben werden, die internen Kostenstrukturen an das neue Vergütungssystem anzupassen, während gleichzeitig parallel zur Systemweiterentwicklung die Präzision der Leistungsabbildung und somit die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung zunehme.

Die DKG fordere darüber hinaus, die vorhandenen Öffnungsklauseln und Zuschlagsregelungen für Krankenhäuser zu individualisieren, das heißt schiedsstellenfähig von der Bundes- auf die Ortsebene zu verlagern. ▶

NEUES OUTFIT AUF IHRER STATION. BETTENROLLE 390+



ERWEITERN SIE IHREN AKTIONSRADIUS!



„Wir haben mal wieder einiges bewegt, um eine optimale Lösung für Sie zu finden: mit der attraktiven Design-Verschaltung kleiden Sie die kostengünstige Bettenrolle 390 neu ein und passen Sie dem Erscheinungsbild der Serie 380 an. Ein cleveres Outfit, das sich rechnet. Die 390+ gibt's ab sofort in Ø 100 mm – und demnächst auch in 125, 150 und 200 mm. Erweitern Sie jetzt Ihren Aktionsradius!“

GREGOR BECKSCHULTE
LEITER ENTWICKLUNG BEI RHOMBUS

RHOMBUS 
The power of motion.

Gleichzeitig betonte der DKG-Präsident, dass sich die Krankenhäuser derzeit in einem nahezu unlösbaren Dilemma befänden. Einerseits sollten sie bei einer zunehmend alternden Gesellschaft Jahr für Jahr eine steigende Zahl an Patienten versorgen. Andererseits setze sich die jahrelange Erosion der finanziellen Basis weiter fort. Die vom BMGS festgestellte Grundlohnsummensteigerung von 0,38 Prozent für das Jahr 2005 bedeute einmal mehr, dass die Budgets der Kliniken real abnähmen.

Länderdiskussionen zum 2. FPÄndG

Mit inhaltlich unterschiedlichen Anträgen bereiteten sich die Bundesländer auf die Beratung des 2. FPÄndG vor, die

am 24. September 2004 im Bundesrat stattfand. Verfolgt wurde das Ziel, dem „bei weitem noch nicht ausreichenden Reifegrad“ des DRG-Systems Rechnung zu tragen. So versprachen sich die Länder Niedersachsen, NRW und der Freistaat Sachsen in ihrem Antrag mehr Flexibilität bei der Entwicklung des leistungsgerechten Entgeltsystems durch eine Abkehr von der Fixierung auf den landesweiten Basisfallwert. Stattdessen solle das Erlösbudget des Krankenhauses „nach den näheren Bestimmungen des KHEntgG“ an einen Zielwert angeglichen werden. In weiteren Anträgen derselben Länder wurden die

Konvergenzschritte in ihrer Höhe korrigiert sowie eine „Kappungsgrenze“ für Budgetverluste im DRG-System von 1 Prozent des Ausgangsbudgets gefordert.

Während das bayerische Gesundheitsministerium Sympathie für die Forderung nach differenzierten Basisfallwerten zeigte, forderte die baden-württembergische Sozialministerin Tanja Gönner einen Tag vor der Bundestagsberatung eine Verlängerung des Einführungszeitraums für das DRG-System um 2 Jahre. Der Zeitplan für das Fallpauschalensystem sei zu eng gefasst worden, die Kalkulation der Fallpauschalen sei noch „unzureichend“, die Krankenhäuser bräuchten „etwas mehr Luft“, die Anpassung müsse erleichtert werden. Der Selbstverwaltung solle mehr Zeit eingeräumt werden, auch um bestehende und „durchaus in wirtschaftlicher Hinsicht zukunftsfähige Strukturen nicht zu gefährden“. Die baden-württembergische Krankenhausgesellschaft begrüßte die Position des Landes.

Die Beschlussfassung des Bundesrates vom 24. September 2004 zum 2. FPÄndG beinhaltet die Empfehlung, die Konvergenzphase bis 2008, also um zwei Jahre, zu verlängern. Die Anpassungsschritte sollen 10, 20, 20, 25 und 25 Prozent betragen. Außerdem empfiehlt der Bundesrat unter anderem die Festlegung einer „Kappungsgrenze“ von jährlich 1 Prozent des Ausgangsbudgets, um mögliche Erlöseinbußen zu begrenzen.

Nach der für den 29. September 2004 vorgesehenen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages steht am 29. Oktober 2004 die 2. und 3. Lesung im Bundestag und am 26. November 2004 der 2. Durchgang im Bundesrat an.

DKG begrüßt Novellierungspläne der EU-Arbeitszeitrichtlinie

3. Kategorie der Arbeitszeit sinnvoll – Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes zügig vornehmen

Anders als der Marburger Bund hat die DKG die vorgesehene Änderung der EU-Arbeitszeitrichtlinie begrüßt. „Wir brauchen eine 3. Form der Inanspruchnahme von Arbeitszeiten“, machte DKG-Präsident Wolfgang Pföhler deutlich. Dies hatte die DKG bereits in ihrer Stellungnahme gegenüber der EU herausgestellt. Es sei unter den Gegebenheiten einer 24-Stunden-Versorgung im Krankenhaus dringend notwendig, neben der Arbeits- und Ruhezeit eine eigenständige Kategorie – mit geringer Arbeitsleistung – zu fassen.

Während der Marburger Bund den EU-Kommissionsvorschlag zur Neuregelung der Bereitschaftsdienste als „völlig inakzeptabel“ einstufte, forderte die DKG die Politik auf, zügig Änderungen im deutschen Arbeitszeitgesetz im Sinne des EU-Kommissionsvorschlags vorzunehmen. Präsident Pföhler betonte, dass die alleinige Unterscheidung zwischen Arbeits- und Ruhezeit der besonderen Aufgabenteilung der Kliniken nicht gerecht werde. Die Arbeitnehmer seien im Krankenhaus – insbesondere im ärztlichen Dienst – in hohem Maße spezialisiert. Zudem seien die Arbeitsanforderungen in der Art und der zeitlichen Verteilung sehr heterogen. So schwankten die tatsächlichen Beanspruchungszeiten während des Bereitschaftsdienstes in erheblichem Maße. Eine weitergehende Flexibilisierung der Arbeitsform und der Arbeitszeit seien daher dringend erforderlich.

Der DKG-Präsident wies auch darauf hin, dass sich viele Kliniken mit erheblichen Personalengpässen konfrontiert sähen. So führe insbesondere für kleinere Fach- und Funktionsabteilungen eine Abschaffung des Bereitschaftsdienstes zu einem überproportionalen Personalmehrbedarf. Die von der EU-Kommission vorgeschlagene Unterscheidung zwischen aktiven und inaktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes sei ein wichtiges Signal für die Krankenhäuser. Nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) lehne zudem die Mehrheit der Krankenhausmitarbeiter die Abschaffung des Bereitschaftsdienstes ab. ■



Foto: Mihatsch

Ein Mann mit Einfluss auf die Beschlussfassung in der DKG: Dr. Rudolf Kösters, Vizepräsident und Vorsitzender des Finanzierungsausschusses sowie der Selbstständigen Fachkommission (SFK)

Ambulante Behandlung: „Eine gigantische Mogelpackung“

Der DKG-Hauptgeschäftsführer sieht den Willen des Gesetzgebers nicht umgesetzt

In scharfer Form hat der Hauptgeschäftsführer der DKG, Jörg Robbers, am 8. September vor der Berliner Presse die Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) bezüglich der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen kritisiert. Die während des Gesetzgebungsverfahrens gegenüber der DKG gegebenen Zusagen, den Krankenhäusern mehr Möglichkeiten bei der ambulanten Versorgung einzuräumen, seien in keiner Weise umgesetzt worden. Weder im Rahmen der Integrierten Versorgung noch bei den hochspezialisierten Leistungen gemäß § 116 b Absatz 2 SGB V gebe es irgendeine Bewegung, die auch nur ansatzweise den Willen des Gesetzgebers, die Krankenhäuser mehr für die ambulante Behandlung zu öffnen, umsetze.

Ein Hauptärgernis sieht der DKG-Hauptgeschäftsführer in der Integrierten Versorgung. Nach der Formulierung des GMG sollen in der Integrationsversorgung nur solche Leistungen vereinbart werden können, für die einer der Vertragspartner auch einen Zulassungsstatus habe. Soweit ein Krankenhaus nicht über eine ambulante Leistungsberechtigung verfüge, müsse einer der anderen Vertragspartner einen ambulanten Zulassungsstatus in die Integrierte Versorgung einbringen. Diese Regelung sei unrealistisch und behindere sinnvolle Integrationsverträge. Besonders ärgerlich sei die Auffassung des BMGS, dass die Integrationsversorgung nicht den Sicherstellungsauftrag der KVen infrage stellen solle, dieser mithin „in die Integrationsversorgung abstrahlt“. Die niedergelassenen Ärzte müssten auf diese Weise zustimmen, dass ambulante Leistungen an die Krankenhäuser abgegeben werden. „Das wird keiner tun. Das ist ein Irrsinn.“

Die DKG fordere dringend eine gesetzliche Klarstellung im § 140 a Absatz 4 Satz 3 SGB V, dass die Integrationsversorgung eine ambulante Zulassung bereits durch den Vertragsabschluss ermögliche. Gegenwärtig gebe es keinen einzigen Vertrag zu der eigentlich einmal als „praktizierte Art des Einkaufsmodells“ gedachten Integrationsversorgung, ja nicht einmal eine Verhandlung, in der dies Verhandlungsgegenstand sei.

Eine vergleichbare „gigantische Luftbuchung“ seien auch die gesetzlichen Regelungen zum Katalog der hochspezialisierten Leistungen gemäß § 116 b SGB V. Der Kata-

log sei vorgesehen, stehe im Gesetz und sei auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss „um einige Orchideen erweitert“ worden. Aber zu den hochspezialisierten Leistungen gebe es in ganz Deutschland keine einzige Verhandlung. Eine wesentliche Ursache sieht Robbers in der Finanzierung. Warum sollten die Kassen bei den Krankenhäusern hochspezialisierte Leistungen einkaufen, wenn alle ambulanten Behandlungen durch die an die KV gezahlte Kopfpauschale bereits abgegolten seien? Robbers forderte einen gesetzlichen Zulassungsanspruch in der Systematik des § 115 b SGB V für alle Tatbestände des § 116 b SGB V, also für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Im Bereich des § 115 b SGB V gebe es ein bewährtes Regelungssystem, das sowohl die Zulassung als auch die Leistungserbringung der Krankenhäuser für den Bereich der ambulanten Operationen und

der stationersetzenden Leistungen vorgebe. Hier sei der vom Gesetzgeber gewünschte Wettbewerb auch tatsächlich eingetreten.

Auch bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) reiche eine verhältnismäßig kleine Klarstellung aus, um die gegenwärtigen Schwierigkeiten bei der Umsetzung abzustellen. Der Gesetzgeber müsse lediglich die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums unter Einbeziehung von Freiberuflern sowie die Ausübung ärztlicher Tätigkeit eines im Krankenhaus angestellten Arztes auch MVZ – und umgekehrt – zulassen.

Robbers Fazit: „Alles, was jetzt bei der Integration passiert, war schon in der Vergangenheit möglich.“ Man könne von Seiten der Politik den

Krankenhäusern nicht sagen, sie seien zwar „geöffnet“, dies widerspreche aber dem Sicherstellungsauftrag. Die Krankenhäuser bekämen nicht einen einzigen Vertrag, solange sie gegen die Betonmauer „Sicherstellung“ und „Bedarfsplanung“ anzurennen hätten. Dies hätte man sich in der Politik vorher überlegen sollen. Entweder man mache diese Punkte im Sinne der Krankenhäuser gängig oder man stelle zumindest klar, dass es im Rahmen des GMG eben doch noch nicht zu einer tatsächlichen Öffnung habe kommen sollen. „Dann kann ich den Häusern sagen: Kümmert euch nicht um die Ambulanz, ihr bekommt ohnehin nichts.“ Dies sei aber ganz eindeutig nicht im Sinne des Gesetzgebers gewesen. Der Appell des DKG-Hauptgeschäftsführers an die Politik war auch eindeutig: „Macht das, was eigentlich gewollt war, jetzt auch möglich.“

Hartwig Broll



Foto: Mihatsch