

Editorial



Betonmauer

Das 1. Konvergenzjahr ist gestartet – im Frühjahr wird sich klären, welche Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern gelten. Dass es zu Veränderungen in der Krankenhauslandschaft kommen wird, ist jedem bewusst. Das DRG-System und seine Auswirkungen sind die eine Seite; die andere Seite bilden die Chancen und Risiken der parallel verlaufenden Gesundheitsreform, insbesondere bezogen auf die „Öffnungstatbestände“ im Rahmen des GMG. Nach der Verabschiedung dieses Gesetzes verkündete Gesundheitsministerin Ulla Schmidt landauf landab, die Reform beinhalte „große Chancen für die Krankenhäuser“ und „eine deutlich verbesserte Perspektive für die Versorgung schwer kranker Patienten“. Nach jahrelangem Stillstand werde endlich „Bewegung ins Gesundheitswesen kommen“.

Davon ist nach einem Jahr GMG nicht viel zu sehen. Insbesondere hinsichtlich der „neuen“ Versorgungsformen fällt die Bilanz ernüchternd aus. Die Perspektive ist düster. Die Disease-Management-Programme (DMP) dümpeln vor sich hin. In der Integrationsversorgung (IV) werden zwar offiziell 240 Verträge ausgewiesen, viele davon entpuppen sich bei genauerem Hinsehen jedoch als umgeschriebene Verträge auf die neue Rechtslage. Eine echte Überwindung der Sektorengrenzen – wenigstens in Ansätzen – bleibt die Ausnahme. Ambulante Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der IV: Fehlanzeige. Obwohl gesetzlich eine Einschränkung des KV-Sicherstellungsauftrags intendiert war, ist in der Praxis davon nichts festzustellen. Der ambulante Sicherstellungsauftrag ist und bleibt eine Mauer aus Beton, die im zurückliegenden Jahr eher noch erhöht wurde. Vom BMGS wurde eine „Weiterentwicklung“ für die Zukunft vorgemerkt.

Die überwiegend positive Diskussion zu den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass diese sich innerhalb des KV-Sicherstellungsauftrags bewegen.

Das größte, nicht mehr steigerbare Ärgernis ergibt sich in der Umsetzung des § 116 b SGB V (hoch spezialisierte Leistungen). Die Möglichkeit einer patientenorientierten Behandlung „aus einer Hand“ in Fällen von schwerster Erkrankung wurde bislang in kaum einem Vertrag realisiert. Sollte es tatsächlich einen geben? Auch bei größtem Optimismus dürfte eine positive Umsetzung dieser Norm nicht so bald zu erwarten sein.

Die Betonmauer „Sicherstellung“ der ambulanten Versorgung blockiert eine ganzheitliche Perspektive mit ambulanten und stationären Behandlungselementen der Krankenhäuser, weil die GKV als „Wettbewerber“ ambulante Leistungen bei Krankenhäusern nicht „einkaufen“ will, wenn dieselben Leistungen durch die KV-Gesamtvergütung bereits abgegolten wurden.

Die Betonmauer „Sicherstellung“ der ambulanten Versorgung blockiert eine ganzheitliche Perspektive mit ambulanten und stationären Behandlungselementen der Krankenhäuser, weil die GKV als „Wettbewerber“ ambulante Leistungen bei Krankenhäusern nicht „einkaufen“ will, wenn dieselben Leistungen durch die KV-Gesamtvergütung bereits abgegolten wurden.

Die Betonmauer „Sicherstellung“ der ambulanten Versorgung blockiert eine ganzheitliche Perspektive mit ambulanten und stationären Behandlungselementen der Krankenhäuser, weil die GKV als „Wettbewerber“ ambulante Leistungen bei Krankenhäusern nicht „einkaufen“ will, wenn dieselben Leistungen durch die KV-Gesamtvergütung bereits abgegolten wurden.

Die Pflege und Weiterentwicklung des gesetzlich vorgegebenen Katalogs obliegt der zuständigen Kammer des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Was dies bedeutet und wie es von einem Teil der Beteiligten verstanden wird, wurde unter anderem anlässlich einer Pressekonferenz des G-BA am 22. Dezember 2004 in Berlin klar. Die im Gesetz einschränkungslos aufgelisteten Erkrankungen, unter anderem Onkologie, sollen nach der Mehrheitsentscheidung der zuständigen Kammer des G-BA nachträglich reglementiert werden, indem nunmehr die Leistungen genau zu beschreiben und mit entsprechenden Verschlüsselungen zu unterlegen sind. Die gesetzlich frei vorgegebenen vertraglichen Gestaltungsspielräume zwischen Kassen- und Krankenseite sollen nachträglich eingengt und die gesetzlichen Definitionen eingeschränkt werden. Damit wird die Weiterentwicklung mehr oder weniger erstickt.

Der § 116 b SGB V sollte wettbewerbsorientiert umgesetzt werden – im Schatten der Betonmauer „ambulante Sicherstellung“. Wie es sich zeigt, ist es in diesem Schatten mehr als kalt und dunkel. Die zuständige Kammer des G-BA ist dreiseitig zusammengesetzt (GKV, KBV, DKG) zuzüglich der nicht stimmberechtigten Patentenvertreter. Man muss keine internen Informationen preisgeben, um zu sehen, wie abgestimmt wurde.

Kann man eine positive Weiterentwicklung und Pflege des Katalogs hoch spezialisierter Leistungen erwarten, wenn sich diese Pflege gegen einen der Pfleger richtet? Kann bei doppelten Ambulanzzahlungen eine positive Aufbruchstimmung der Kassenseite in Anbetracht enger Finanzmittel erwartet werden? Der Leser weiß die Antwort.

Die gesetzliche Regelung des § 116 b SGB V einschließlich der „Pflege“ durch die zuständige Kammer des G-BA kann in der vorliegenden Form als Rohrkrepiert bezeichnet werden. Eine schnelle gesetzliche Anpassung ist unumgänglich. Im G-BA erscheint ein Richtungswechsel in Anbetracht der gegebenen Konstellation unwahrscheinlich.

Nicht unterschätzt werden sollte die Glaubwürdigkeit der gesetzlichen Ausgestaltung für den gesamten Krankenhausbereich. Die Politik hat hier einen hohen Vertrauensbonus zu verlieren. Die Krankenhäuser vergessen nicht, wenn ihnen die eindrucksvoll offerierten „Chancen“ einer Gesundheitsreform vorenthalten werden, nur weil ihnen eine altbekannte Betonmauer den Weg versperrt.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■