

Editorial



100 Tage GKV-WSG

In diesem Monat wird Bilanz über die ersten 100 Tage des GKV-WSG gezogen. Für die Krankenhäuser sieht sie zunächst nicht erfreulich aus. Sie stehen mit 140 Mio. € bei den Krankenkassen in der Kreide. Mit jedem Monat, der ins Land geht, werden die positiven Fakten zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, zu steigenden Steuer- und Sozialbeitragseinnahmen und zur Entschuldung der Krankenkassen evident. Leider ebenso evident ist, dass es den Krankenhäusern noch schlechter geht als erwartet. Niemand bezweifelt mehr: der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die Krankenkassen hat keine Berechtigung. Die Krankenhäuser hoffen auf ein Einsehen in der Politik. Die Bilanz über die ersten 100 Tage sollte Anlass zur Aufnahme von politischen Beratungen für ein Korrekturgesetz sein. Dabei könnte auch gleich die nach wie vor bestehende Unterfinanzierung der belegärztlichen Leistungen angegangen werden. Zwar ist der Bewertungsausschuss dem parlamentarischen Auftrag aus dem WSG zur Neubewertung der EBM-Leistungen nachgekommen. Die Vereinbarungen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen, mit denen das Geld für sachgerechte Punktwerte bereitgestellt werden müsste, sind jedoch bislang nicht zustande gekommen. Termin für die vollständige Umsetzung war der 1. Juli. Auch hier ist jetzt der Gesetzgeber gefordert.

Mit hohen Erwartungen gehen die Krankenhäuser in die angelaufene Umsetzung des mit dem WSG auf eine neue Grundlage gestellten § 116 b Absatz 2 SGB V – der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Die WSG-Regelung mit dem höchsten positiven Potenzial. Viele Krankenhäuser haben zwischenzeitlich Zulassungsanträge bei den Ländern gestellt, um in Bereichen wie HIV/Aids, rheumatologische Erkrankungen, schwere Herzinsuffizienzen, Tuberkulose, Multiple Sklerose und insbesondere auch Onkologie zu einer stabilen, gesicherten und umfassenden ambulanten Leistungserbringung zu kommen. Die Länder haben inzwischen ihre Leitlinien für die Zulassungsverfahren entwickelt. Es kann also losgehen.

2 zentrale Ziele stehen im Vordergrund: 1. die Öffnung der stationären Expertise des Krankenhauses für die ambulante Versorgung unabhängig von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und 2. die Ermöglichung stationär-ambulanter Behandlung aus einem Guss für die Patienten der gesetzlichen Krankenkassen. Wengleich der Gesetzgeber mit dem § 116 b den Wettbewerb um Versorgungskonzepte erweitern wollte, steht für die Krankenhäuser nicht das wettbewerbliche Ziel im Mittelpunkt. Angesichts der demographischen Entwicklung auf der einen und dem zunehmenden Ärzte-, insbesondere dem Fachärztemangel auf der anderen Seite, werden letztlich alle ärztlichen Ressourcen gebraucht, um die medizinische Versorgung flächendeckend in der Zukunft sicherstellen zu können. Es macht auch keinen Sinn, für sehr seltene Erkrankungen

konkurrierende Doppelstrukturen vorzuhalten. Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bestehen deutlich erweiterte Möglichkeiten zur Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Das bietet gute Anknüpfungspunkte für Verbünde und Kooperationen, über die niedergelassene Fachärzte in die ambulanten § 116-b-Leistungen der Krankenhäuser direkt eingebunden werden können.

Ein positiver Nebeneffekt der Zulassung der Krankenhäuser zu den ambulanten Behandlungen sind die Entlastungen der von floatenden Punktwerten ausgehöhlten Honorartöpfe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die § 116-b-Leistungen werden von den Krankenkassen direkt – ohne Honorartopf – vergütet. Das Morbiditätsrisiko geht, wie es sich gehört, auf die Kostenträger über.

Es versteht sich von selbst, dass die Krankenhäuser die gleichen Qualitätsanforderungen wie die niedergelassenen Ärzte bei diesen ambulanten Leistungen erfüllen müssen. Auf den ersten Blick weniger einsichtig ist, dass die Krankenhäuser zusätzliche Qualitätsanforderungen erfüllen sollen. Aber auch diesen Anforderungen des Gesetzes stellen sie sich. Besondere Qualität wird von den Patienten sicherlich gewürdigt. Der Krankenhaussektor bleibt damit Vorreiter für Qualitätsstandards.

Einzelheiten der § 116-b-Leistungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Dort werden das Leistungsspektrum konkretisiert, die Qualitätsanforderungen und Überweisungserfordernisse festgelegt. Mit Hochdruck sollen in den nächsten Wochen die Aufarbeitung der Onkologie und die Festlegung der Qualitätsanforderungen erfolgen. Schwierigster Punkt sind die Mindestmengen. Fundiert abgeleitete Schwellenwerte für Mindestmengen gibt es nur ausnahmsweise. Keinen Sinn machen schematische Ableitungen, zum Beispiel ein Fall pro Woche oder eine bestimmte Quote des Gesamtbehandlungsaufkommens. Das wäre Qualitätssicherung nach dem Zufallsprinzip und könnte allenfalls eine organisatorische und betriebswirtschaftliche Mindestlosgröße sein. In der Vergangenheit ist die Mehrheit im G-BA eher restriktiv an die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser herangegangen. Bleibt zu hoffen, dass das beendet wird.

Die Leistungserbringerbank im G-BA (KBV, KZBV und DKG) muss lernen, zu einer festen Koalition zu finden. Auch die Krankenkassen müssten an einer besseren Versorgung der Patienten interessiert sein. Die Bundesregierung ist es ohnehin. Fast jede Infoschrift zum WSG weist auf die Öffnung der Krankenhäuser hin. Nachhelfend könnte wirken, dass die Länder die Zulassung zur ambulanten Behandlung auch ohne die Festlegungen im G-BA aussprechen können. Die Krankenhäuser jedenfalls haben alles getan, damit dieses Ziel der Reform noch vor Ablauf der ersten 100 Tage erreicht werden kann.

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum ■