

ner existenzbedrohenden Belastung werden darf. Schwere und lang andauernde, teure Krankheiten müssen von der Solidargemeinschaft getragen werden.

- Den Versicherten müssen medizinische Leistungen nach dem neuesten Stand zur Verfügung stehen. Der medizinische Fortschritt muß allen zugute kommen.
- Der alte, polymorbide Mensch darf nicht ausgegrenzt werden. Die Versorgung alter Menschen – insbesondere in der Praxis des niedergelassenen Arztes – muß bei der Gestaltung des Leistungskatalogs angemessen berücksichtigt werden. Alter allein darf kein Leistungsausschluß-Grund sein.

Der von Beske empfohlene Handlungskatalog umfaßt

- eine öffentliche und ehrliche Diskussion über die Situation der GKV,
- die Bestimmung des Rationalisierungspotentials in der GKV,
- die Entlastung der GKV von Fremdleistungen,
- die Neubestimmung des Leistungskatalogs durch Politik und Selbstverwaltung,
- eine Diskussion über die Neustrukturierung der Selbstverwaltung,
- Entbürokratisierung,
- Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmesituation und
- eine öffentliche Diskussion über die Bedeutung der Gesundheit für jeden einzelnen mit dem Ziel, die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu stärken einschließlich der Bereitschaft, hierfür auch zusätzliche finanzielle Mittel aufzuwenden.

Der Kernpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion ist nach Beskes Auffassung die Frage, was zur Sicherung der Gesundheit – unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten des einzelnen und der Gesellschaft – der solidarischen Absicherung bedarf, und was in der Verantwortung des einzelnen liegt. Er forderte eine Neudefinition des Solidaritätsbegriffs in der GKV.

Fremdleistungen ausgrenzen

Vor der Neubestimmung des Leistungskatalogs sei zu klären, welche heutigen Leistungen nicht Gegenstand einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und damit auch nicht von ihr finanziert werden dürfen. Allein die „Fremdleistungen im engeren Sinne“ – das sind der GKV aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Gründen übertragene Leistungen ohne entsprechende Kostenübernahme – addierten sich nach Beskes Berechnungen im Jahr 1994 auf 3,9 Milliarden DM. Nicht enthalten sind hier nicht bezifferbare Ausgaben für Fremdleistungen im engeren Sinne wie künstliche Befruchtung, wirtschaftliche Versorgung oder

Entbindungshilfe. Darüber hinaus kostete die Absenkung der Bemessungsgrundlage bei den Beziehern von Lohnersatzleistungen die GKV 4,5 Milliarden DM im Jahr 1995, im gleichen Jahr stiegen die Ausgaben durch die Anhebung der Sozialversicherungsbeiträge aus dem Krankengeld durch die Rentenreform 1992 um eine weitere Milliarde.

Rechnet man die Kosten für den Solidartransfer von aktiv Versicherten zur Krankenversicherung der Rentner (50,7 Milliarden DM im Jahr 1994) und die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (1994: 53 Milliarden DM) hinzu, ergibt sich nach Beskes aufstellung ein Gesamtbetrag an Fremdleistungen von 114,5 Milliarden DM.

GESUNDHEIT UND MEDIEN II

Integration im Gesundheitswesen

Die gesundheitliche Versorgung ist nur auf dem erreichten Qualitätsniveau zu halten, wenn alle Beteiligten über den Tellerrand ihrer Einzelinteressen hinausschauen.

von Wolfgang Klitzsch

Die hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens geht auch auf das differenzierte Leistungsangebot und die hohe Spezialisierung der Professionen zurück. Spezialisierungstendenzen und die das deutsche Gesundheitswesen ebenfalls kennzeichnende Abgrenzung der Versorgungssektoren sind Sachverhalte, denen bewußte Anstrengungen zur Vernetzung und Integration folgen müssen. Dabei geht es nicht darum, die getrennten Verantwortungsbereiche zum Beispiel der ambulanten ärztlichen Versorgung und des Krankenhausbereichs aufzuheben oder zu verwischen, sondern le-

diglich die unerwünschten Folgen zu mildern.

Vernetzung, Verzahnung, Integration – das sind Begriffe, die seit Jahrzehnten diskutiert werden. Obwohl es hierzu immer allgemeine Zustimmung gibt – so auch wieder auf der Tagung „Gesundheit und Medien, Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen?“ –, ist die tatsächliche Bewegung in diesem Bereich ausgesprochen gering. Das liegt auch daran, daß sich viele faktische Sackgassen identifizieren lassen (das Potential der belegärztlichen Versorgung bzw. der Praxiskliniken wird nicht genutzt, ambulantes Operieren im Krankenhaus funk-

tioniert kaum, der Beitrag der vor- und nachstationären Behandlung nach Krankenhauseinweisung ist bescheiden, die persönliche Ermächtigung von spezialisierten Krankenhausärzten ist tendenziell eher rückläufig etc.). Des weiteren wird die Diskussion noch zu stark beherrscht von starrem Besitzstandsdenken.

Um welche negativen Folgen mangelnder Integration im Gesundheitswesen geht es vor allem?

- Kontinuitätsbrüche in der Patientenbehandlung müssen vermieden werden,
- Doppelinvestitionen im Bereich von (technischer) Infrastruktur sind angesichts der Mittelknappheit nicht zu akzeptieren,
- Patienten werden durch unnötige Mehrfachuntersuchungen belastet,
- die abgegrenzten Versorgungsroutinen führen auch zu starken Störungen der Kollegialität und zu mangelhafter Akzeptanz der fachlichen Leistungen des jeweils anderen u.a.m..

Jenseits des zur Zeit wohl weitestgehenden Ansatzes der vollständigen personell integrierten Versorgung (sog. Hoppe-Modell) besteht erheblicher Bedarf an Innovationen, Experimenten und Modellen, um die verschiedenen Varianten zu erproben. Das voraussichtlich in wenigen Wochen in Kraft tretende 2. NOG im Rahmen der Dritten Stufe der Gesundheitsreform bietet hierfür die rechtliche Basis (§ 63 ff SGB V).

Die Diskussion auf dem Kongreß „Gesundheit und Medien“ hat gezeigt, daß insbesondere in folgenden Bereichen ein deutlicher Experimentierbedarf besteht:

1. Ausbau der vorhandenen Modellversuche (vernetzte Praxen, Qualitätsgemeinschaft Rendsburg) unter Einschluß möglichst vieler Kassenarten und – soweit möglich – in Kooperation mit den Krankenhäusern.
2. Entwicklung von Modellvorhaben auf der Basis von solchen Vergütungssystemen (incentives),

die Kooperation, gemeinsame Nutzung von Ressourcen und Qualitätssicherung (Leitlinien, Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen) bewußt belohnen.

3. Die Möglichkeiten der gegenwärtigen Informations- und Kommunikationstechnologien sind im Gesundheitswesen noch nicht angemessen genutzt (informationelle Vernetzung). Dieses ist allerdings voraussetzungsvoll (Absprache über notwendigen Informationsaustausch, Datenschutz, Zugangsberechtigungen etc.). Es ist auch daran zu erinnern, daß ein fehlender Wille zur Kooperation natürlich nicht durch die technischen Möglichkeiten zum Datenaustausch beseitigt werden kann.
4. Als besonders vordringliches Vernetzungs- und Verzahnungsfeld gilt eine integrierte Notfallversorgung. Hierbei ist es sekundär, wo der Standort einer solchen Einrichtung ist. Vieles spricht dafür, daß niedergelassene Ärzte im

Rahmen des Sicherstellungsauftrags der KV ihren Dienst räumlich am oder im Krankenhaus leisten.

5. Die in Amerika unter dem Stichwort managed care vorhandene und auch in Europa bereits umgesetzte Konzeption der kontrollierten Patientenbetreuung ist in Deutschland intensiviert zu prüfen. Ob dies nun als disease management, case management oder Varianten der Betreuung durch einen Koordinations- und Integrationsarzt (Hausarztmodell) angelegt ist, ist letztlich eine im Modellvorhaben zu prüfende Frage.

Die Diskussion auf dem Kongreß hat gezeigt, daß in diesem Feld jetzt Bewegung zu beobachten ist. Die Interessengruppen sind bereit, aufeinander zuzugehen und alte Barrieren aus dem Weg zu räumen. Die gesundheitliche Versorgung ist nur auf dem erreichten Qualitätsniveau zu halten, wenn alle Beteiligten über den Tellerrand ihrer Einzelinteressen hinausschauen.

GESUNDHEIT UND MEDIEN III

Liberalisierung in der Vertragsgestaltung und Sicherstellungsauftrag

Vertragsärzteschaft besteht auf dem Erhalt des einheitlich und gemeinsam vereinbarten Katalogs medizinisch notwendiger GKV-Leistungen sowie des Kollektivvertragssystems zwischen Kassen und Kven – Absage an „Einkaufsmodelle“

von **Edith Meier***

Krassenkassen und Leistungserbringer im Umbruch“ lautete ein Themenschwerpunkt des Kongresses „Gesundheit und Medien“. Das von Prof. Fritz Beske anschließend mo-

derierte Podium diskutierte zur „Liberalisierung in der Vertragsgestaltung – Partikularinteressen und solidarische Krankenversicherung.“ Dabei ging es auch um die Frage, inwieweit unter den Bedingungen des

* Edith Meier ist Leiterin des Referates für Gesundheitspolitische Grundsatzfragen der KV Nordrhein