

Morbi-Engineering

Mit seinen neuen diagnosebezogenen Klassifikationssystemen hat das deutsche Gesundheitswesen zahlreiche Mythen im Medizinbetrieb entzaubert und den Blick über den Einzelfall hinaus erweitert und geschärft. Evidenzbasierung und Qualitätssicherung haben eine weitergehende methodische Absicherung gefunden. Darüber hinaus konnte ein „Quantensprung“ für die Ermittlung der erwarteten Ausgaben von Versichertengemeinschaften erreicht werden. Das Bundesversicherungsamt nutzt eine solche Technologie erfolgreich für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) der Krankenkassen. Dirk Göppfarth berichtet in dieser Ausgabe. Diagnosebezogen werden auch stationäre Fallkosten vergleichbar. Da sich die Verteilung der Mittel für die Krankenhäuser nach diagnosebezogenen Fallpauschalen richtet, waren die Kodierregeln schnell akzeptiert und gemeinsame Geschäftsgrundlage. Seither macht das System, was es soll: es verteilt Mittel für vergleichbare medizinische Bedarfe leistungsgerecht. Etwas Entsprechendes für die ambulante ärztliche Versorgung zu entwickeln lag nahe, wurde aber peinlich vermieden. Statt zu adaptieren, was der Systemansatz kann, blieb es beim Verteilungsgezänk der Arztgruppen. Vielmehr sollen erratisch gemessene Diagnoseänderungen die zu verteilenden Mittelvolumina erhöhen. Ein druidisches Vorhaben, das es international nicht einmal in die Nähe einer Diskussion geschafft hat. Und um die Utopie nicht mit Transparenz zu verderben, gab die Politik dem Fremden der Doktors vor Kodierregeln nach. Danach ging das fertige Regelwerk den Weg der Positivliste. Baldur Wagner hätte seine Freude gehabt. Und im Ergebnis macht das System heute ambulant weder, was es kann, noch was es soll. Es macht nichts: Welch` ein Desaster.

Die „Gesundheits- und Sozialpolitik“ greift mit dieser Ausgabe morbiditätsorientierte Managementthemen auf. Der Morbiditätsorientierte RSA hat nicht nur ein hohes Maß an Stabilität erreicht, sondern setzt auch weiterführende Anreize für ein Versorgungsmanagement, wie Emin Asgarov und Dirk Hansen zeigen. Dennoch gilben die Verheißen des „Morbi-Engineering“ als übergreifender Toolbox für strategische Planung und Steuerung von Prozessen im Gesundheitswesen an dem tektonischen Graben, der sich immer noch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auftut: Das ambulante Vergütungssystem ist ebenso „überkomplex wie unterfunktional“. Selbst die Protagonisten aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeihen es öffentlich als „nicht mehr reformierbar“. Und im stationären Bereich ignorieren die Länder bis heute schlicht jeden Reformbedarf. So ist ihre „Krankenhausplanung“ mit dem DRG-System völlig überfordert. Im Ergebnis ist das greifbare sektorenübergreifende, leistungsbezogene Planungs- und Vergütungssystem Zukunftsmusik geblieben. Die gefällige

Gesundheitspolitik der letzten 7 Jahre hat die Beitragszahler geschröpfelt, um in die Finanzpolster zu sinken. Immerhin brüstet sich der Gesundheitsminister weder mit den Milliardenüberschüssen, noch lässt er über die Maßen Wahlgeschenke zu. Aber er weiß auch nichts damit anzufangen. Die Steuerungssysteme „ambulant und stationär“ schlüssig weiter zu entwickeln fehlen Wille und Kompetenz. Obwohl die Entwicklung der Medizin den Übergang von ambulanten zu stationären Leistungen in hohem Maße fließend gemacht hat, schneiden administrative Regelungen geradezu eine neue „Sektorengrenze“ zu Lasten der Patienten. Eine neue Chance, diese Gräben zu überwinden, könnte die Spezialfachärztliche Versorgung bilden. Aber sie ist bisher begrenzt, verzagt und isoliert geblieben - ohne Einbettung in das GKV-System. Auch hier liegt entscheidender Reformbedarf.

Gerade von daher gilt es immer wieder positive, pragmatische und im bestehenden System ordnungspolitisch konsequente Schritte einer Reformpolitik zur Diskussion zu stellen, bei denen sich möglichst viele Beteiligte einbringen können. Wann, wenn nicht vor einer Bundestagswahl ist die Zeit, den Ertrag der Diskussion zusammenzutragen und einzubringen. Die Gesundheits- und Sozialpolitik wird daher mit der nächsten Ausgabe ein Doppelheft vorlegen, das diesem Anspruch folgt. Zahlreiche Autoren aus allen Bereichen des Gesundheitswesens konnten dafür gewonnen werden. Wir gehen davon aus, dass dieses Doppelheft im August 2013 vorliegen wird.

Es wird sich in der nächsten Legislaturperiode erweisen, ob nach den DRGs als einheitlichem stationärem Fallpauschalen-System auch die Vertragsärzte eine einheitliche Honorarordnung unabhängig vom Status des Versicherten bekommen. Wird die staatliche Gebührenordnung Ärzte mit dem Honorarsystem der Vertragsärzte gleichgezogen, könnte der Einfluss der Selbstverwaltung auch hier auf Rudimente abschmelzen. Damit wird die Ordnung des Gesundheitswesens wieder einen Schritt näher an den Staat gerückt. Alle Forderungen, die Balance von Ökonomie und Qualität unter diesen Bedingungen umso mehr mit Hilfe wettbewerblicher Vertragssysteme der Krankenkassen zu suchen, sind bisher verhallt: Politik macht, was sie kann: Sie greift Probleme auf – und verlagert sie auf die nächst höhere Ebene. Und wie weiter, wenn alle dort angekommen sind?

Die Herausgeber