

„Krankenhäuser in vernetzte Strukturen einbeziehen“

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, eine sektorübergreifende Zusammenarbeit im Sozialgesetzbuch festzuschreiben.

Der Gesetzgeber soll die Krankenhäuser sowie Klinikärztinnen und -ärzte ausdrücklich als Partner von Vernetzungen im Gesundheitswesen vorsehen, fordert der Marburger Bund. Bei der anstehenden Gesundheitsreform müsse das Sozialgesetzbuch V im Paragraphen 73a entsprechend geändert werden. Das verlangte der 2. Vorsitzende des Klinikärzterverbandes, Rudolf Henke, kürzlich in Bonn anlässlich des mb-Symposiums „Fit fürs Netz – Anforderungen an moderne Krankenhausstrukturen“.

In Deutschland gibt es nach Henkes Angaben zur Zeit rund 240 vernetzte Strukturen, die fast alle zunächst ohne die Einbindung von Krankenhäusern entstünden. Nach Ansicht des mb zementiert dies „Sperrn und Undurchlässigkeit“ zwischen der ambulanten und der stationären ärztlichen Versorgung. Auf Dauer können nach Auffassung des 2. mb-Vorsitzenden „Vernetzungen ohne die Krankenhausärzte oder gar gegen das Krankenhaus und seine Beschäftigten gerichtete Ansätze“ nicht erfolgreich sein.

Keine institutionelle Öffnung

Statt das „Abstecken von claims“ zu betreiben, müsse die Sicht der Patienten stärker berücksichtigt werden. Die medizinischen Versorgungsstrukturen seien deren Bedürfnissen anzupassen und in Richtung Kooperation und Kommunikation zu entwickeln; Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte müßten sich „als Teil einer die Betreuung von Patienten gemeinsam gestaltenden Versorgungskette“ verstehen. Das Defizit an der Schnittstelle von ambulanter und

stationärer Versorgung könne durch „Gruppenbildung niedergelassener Ärzte“ nicht durchbrochen werden, so Henke.

Vielmehr sind nach seinen Worten „für definierte, schwerwiegende und meist chronische Erkrankungen von der Ärzteschaft entwickelte und abgestimmte Konzepte für die kontinuierliche ärztliche Betreuung auf den verschiedenen Versorgungsebenen“ erforderlich. Hierbei müssen nach Auffassung des mb hochspezialisierte Krankenhausärzte persönlich bei Bedarf auch ambulant in die Behandlung eingebunden werden. Als Beispiele nannte Henke die Bereiche Diabetes, Onkologie, Aids und Rheumatologie. Wenn Klinikärztinnen und -ärzte als Personen an der ambulanten Versorgung beteiligt würden, sei eine institutionelle Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung nicht erforderlich.

Chancen der sektorübergreifenden Vernetzung liegen nach Ansicht des mb

- ▶ in einer besseren Notfallversorgung,
- ▶ einer Verringerung der Doppeluntersuchungen,
- ▶ verbesserter Qualitätssicherung,
- ▶ schnellerer und effektiverer Kommunikation,
- ▶ der Installation eines sinnvollen und patientenorientierten Case-Managements,
- ▶ der besseren Nutzung von Großgeräten und
- ▶ der Vermeidung von Doppelinvestitionen für ambulante Operationen.

Henke rief die Kliniken dazu auf, aktiv an Konzepten der Vernetzung mitzuwirken: „Wer Netzchancen nicht nutzt, riskiert ein böses Erwachen.“

Horst Schumacher

GESUNDHEITSREFORM 2000

Schulte-Sasse verspricht „Politik der Ermöglichung“

Knapper Zeitplan für Gesetzesvorhaben – „Angebot zum Dialog ernstgemeint“

Von einer „zentralen Bedeutung der Netzidee“ bei dem „dynamischen Suchprozeß“ nach neuen Strukturen im Gesundheitswesen sprach Dr. Hermann Schulte-Sasse, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung/Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium beim dem Marburger-Bund-Symposium (siehe oben).

Netze können nach Schulte-Sasses Überzeugung zu den Zielen einer besseren Versorgungsqualität und einer höheren Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu den heutigen Strukturen beitragen. Dabei gelte es zu verhindern, daß der Patient „sektoriert“ werde, wie das heute vielfach zu beobachten sei: „Der Patient wird nach den Interessen der Einheit behan-

delt, in die er zufällig kommt.“ Hier soll die nächste Gesundheitsreform Verbesserungen bewirken. Schulte-Sasse kündigte an, daß es bei dem Stichdatum 1.1.2000 für das Inkrafttreten der Reform bleiben wird. Das bedeute, das der Gesetzentwurf vor der Sommerpause in erster Lesung im Parlament beraten werden müsse. Ein Referentenentwurf sei nach diesem Zeitplan im Mai zu erwarten. Bereits bei einer gesundheitspolitischen Klausur der Koalition am 18. und 19. Februar dürften Eckpunkte der Reform festgelegt werden. Schulte-Sasse räumte ein, daß „nicht viel Zeit für eine offene Diskussion“ bleibe. Dennoch betonte er, daß die Angebote zum Dialog seitens der Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer und der Koalitionsfraktionen ernstgemeint seien.

„Freiheitsgrade erweitern“

Gleichzeitig machte Schulte-Sasse die Philosophie deutlich, mit der er an die Reformdebatte herangeht. Das Prinzip der „detaillistischen Prozeßpolitik“, nach dem in den vergangenen 20 bis 30 Jahren Gesundheitspolitik betrieben worden sei, hält er für überholt. Beispielsweise sei es der „Gipfel der Absurdität“, wenn der Gesetzgeber über Keramik- oder Kunststoffkronen entscheide. Die Ausweichreaktionen gegenüber zu detaillierten Vorgaben führen laut Schulte-Sasse dazu, daß diese ins Leere laufen.

Die neue Regierung wolle sich davon verabschieden, eine „Politik der Ermöglichung“ betreiben und die „Freiheitsgrade für diejenigen erweitern, die in der Versorgung stehen“. Der Gesetzgeber müsse „sich überlegen, was er auf keinen Fall will“, und dementsprechend einen klaren Rahmen setzen.

Zum Beispiel sei Wettbewerb zu unterbinden, wenn er das Solidarprinzip unterminierte, ansonsten sei er ein entschiedener Befürworter der wettbewerblichen Suchprozesse. „Ich habe nicht die Absicht, ins Gesetz hineinzuschreiben, was die

Leistungserbringer zu tun haben.“ Vielmehr sollen alternative Versorgungsstrukturen in Modellform er-

probt werden können – auch solche, „die sich drastisch von den heutigen Strukturen unterscheiden“. *uma*

KREISSTELLE MÜLHEIM

Diskussion mit Parlamentariern

Skepsis gegenüber kommunalen Gesundheitskonferenzen

Gesundheitspolitik in NRW“ lautete das Thema einer Podiumsdiskussion kürzlich in Mülheim/Ruhr. Drei Gesundheitspolitiker aus dem nordrhein-westfälischen Landtag stellten sich den Fragen der Ärzteschaft: Daniel Kreutz, der gesundheitspolitische Sprecher der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Vera Dedanwala, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD im NRW-Landtag, und der Aachener Internist Rudolf Henke als CDU-Abgeordneter.

Von einer „Schrittmacher-Funktion“ der NRW-Politik für die Bundesebene sprach Dr. Dietrich Rohde, der als Vorsitzender der Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein zu der Diskussion eingeladen hatte. Zentrale Themen waren das kürzlich in Kraft getretene Landeskrankenhausgesetz (*siehe auch Seite 12*) und das seit Ende 1997 geltende Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG).

Vor allem gegen die im ÖGDG verankerten kommunalen Gesundheitskonferenzen meldeten die Mülheimer Ärzte schwere Bedenken an. Deren Aufgaben und Verantwortlichkeit blieben unklar, möglicherweise solle hier den Beteiligten vor Ort ein nutzloses „Lagergremium“ übergestülpt werden. Dagegen bieten die Konferenzen nach Auffassung des Grünen-Abgeordneten Kreutz die Chance, „neue Formen des Umgangs miteinander zu etablieren“. Auch SPD-Sprecherin Dedanwala sieht zahlreiche Koordinationsnotwendigkeiten in der Kommune, beispielsweise auf den Feldern Aids und Sucht. Der CDU-Abgeordnete Henke verwies auf positive Beispiele für Koordinierungsbemühungen auf kommunaler Ebene, zum Beispiel in Köln.

Fazit des Beobachters: Eine engagiert und kontrovers geführte Diskussion, die Parlamentariern wie Ärzten einige Nachsicht abverlangte. *uma*



Diskutierten mit der Mülheimer Ärzteschaft über die Landesgesundheitspolitik (v.l.n.r.): Daniel Kreutz (B 90/Grüne), Vera Dedanwala (SPD), Moderator Dr. Dietrich Rohde (Ärztekammer Nordrhein) und Rudolf Henke (CDU). Foto: *uma*