



Dr. med. Heike Höger-Schmidt

## Ab Mai wird alles neu?

Der Wechsel im Bundesgesundheitsministerium hat bei Erscheinen dieses Heftes wohl bereits stattgefunden. Mir persönlich wird Herr Lauterbach nicht fehlen.

Der Koalitionsvertrag gibt zum Thema Gesundheitsversorgung nur wenig her. Das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) hat einige gute Ansätze, aber das Versorgungsproblem bleibt ungelöst. Hierfür braucht es Anreize, die Produktion wieder in Europa anzusiedeln. Solange Vergaberichtlinien den „billigsten August“ präferieren und Bürokratie zwischen Entwicklung und Vertrieb erhalten bleibt, könnte sich die Situation weiter verschlechtern.

Weniger stationär, mehr ambulant – richtig, aber schwierig. Primär ist eine ehrliche Analyse zu Leistungsfähigkeit und Problemen erforderlich. Ambulantisierungspotenzial steht und fällt mit der Vernetzung von aktuell streng getrennten Praxis- und Kliniksystemen. Versuchen Sie doch mal, für einen ambulanten Patienten nur EINE spezielle Einzeluntersuchung in einem Krankenhaus umgehend zu bekommen oder für einen stationären Patienten im spezialisierten ambulanten Bereich – geht nicht. Gibt es 24/7 flexibel belegbare ambulante Pflegeeinrichtungen, um leichtere, sonst stationäre Fälle mit Pflegebedarf für wenige Tage zu betreuen? Gibt es überhaupt genügend Praxen auf dem Land, die nach Ambulantisierung der Eingriffe die Weiterversorgung abdecken können? Es reicht eben nicht, aus dem Elfenbeinturm nach unten zu schauen und die gute Versorgungslage von Berlin auch für den ländlichen Raum anzunehmen. Erste Ansätze

zur Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) können da nur ein Anfang sein.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) birgt die größte Struktur- und Prozessänderung im deutschen Gesundheitswesen. Noch sichern die Mitarbeiter die stationäre Versorgung, wenn auch mit Frustpotenzial. Aber das System ist ineffizient und träge, hat Fehlanreize im DRG-System und ist an Sektorengrenzen gebunden. Reformstau, Personal-, Energie- und Sachkostensteigerungen, neue medizinische Anforderungen, gestiegene Patientenerwartungen und Bürokratie haben Krankenhäuser in finanzielle Schieflage gebracht und die Versorgung nicht verbessert. Das soll sich jetzt ändern. Das System soll qualitativ besser und vor allem effizienter werden. Respekt für Herrn Lauterbach, er hat das heiße Eisen angefasst. Aber gut gemeint ist nicht gleich gut gemacht.

Die Leistungsgruppen(LG)-Systematik wurde in NRW als krankenhausplanerisches Instrument entwickelt, im KHVVG dient sie auch als Finanzierungsinstrument. Der InEk-Group gibt eine Verknüpfungssystematik von LGs mit Qualitäts- und Personalanforderungen vor, bei der man sich genau überlegen muss, welche zusammenhängenden LGs leistbar sind. Ärztekammern und Weiterbildungsverbände sind dabei unverzichtbar, da die ärztliche Weiterbildung in neuen Kooperationen gedacht werden muss.

Wenn die LGs pro Haus bekannt sind, wird die Patientensteuerung für geplante Einweisungen transparenter. Bei Notfällen bleibt es schwierig, denn ein Symptom ist nun mal keine LG-relevante Diagnose. Diese Patienten, aber auch stationäre Patienten mit Komplikationen, müssen künftig öfter zwischen den Häusern verlegt werden. Dafür braucht es Abrechnungsmöglichkeiten für erbrachte Leistungen und Konzepte für 24/7-Transportkapazitäten. Noch fehlt die Rechtsverordnung – vielleicht klärt sich damit einiges. Leider bleiben Stand jetzt die Fehlanreize im DRG-System und die Fixierung auf lukrative elektive Versorgung erhalten. Diese ist in Organisation, Personal und Erlös planbar. Notfallpatienten – unplanbar, personalaufwändig, fraglich erlösrelevant – konkurrieren so weiter um die gleichen Ressourcen und das Abflussproblem der Notaufnahmen bleibt.

Der Wechsel im Bundesgesundheitsministerium wird hoffentlich (Ich weiß, die Hoffnung...) gute Lösungen bringen. Wünschen wir dafür solide Sachkenntnis und viel Erfolg. ■

Dr. med. Heike Höger-Schmidt  
Vorstandsmitglied