



Umstrukturierung in der Medizin

Das Gesetz des Stärkeren als Maßstab?

Es wurde viel publiziert in letzter Zeit: Ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM [1]), das MDK(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)-Reformgesetz [2], Pflegepersonaluntergrenzen [3], weitere Erkrankungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV zu Sarkoidose, Lungen-/Thorax-tumoren) [4] und Lungenzentrumsdefinitionen [5]. Wohin entwickelt sich nun die medizinische Versorgung in Deutschland?

Es zeigt sich, dass die ASV im neuen EBM v. a. in der Inneren Medizin stark abgewertet wird. In der Pneumologie bis zu 10%. Es drängt sich der Verdacht auf, dass Fachärzte unerwünscht und als Teil der Überteuerung der Medizin angesehen werden. Soll ein System mit nur in Krankenhäusern tätigen Fachärzten wie in den Niederlanden etabliert werden? Ein Szenario, das auf Deutschland nicht übertragen werden kann. In Gegenden ohne Krankenhäuser gäbe es dann keine Fachärzte mehr.

Die Nachsorge versickert an der Sektorengrenze

Wird dafür die stationäre Versorgung erweitert? Sicher nicht. Das MDK-Reformgesetz wird mitentscheidend für die Gestaltung der Krankenhauslandschaft sein. Initial angetreten, um Krankenhäuser zu stärken, hat es sich zum Bumerang entwickelt. Es führt dazu, dass die Häuser, sofern der nun unabhängige MD dies entscheidet, bei „Fehlabbrechung“ mit Strafen von initial 300 Euro pro Fall belegt werden – Grenze nach oben offen. Stellt sich hier nach vielen Instanzen eine Fehleinschätzung des MD heraus, wird das Geld behalten. Auch hier liest sich der Gesetzestext wie das Strafgesetzbuch: Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses sollte den Umfang der zulässigen Prüfung bestimmen und eine schlechte Abrechnungsqualität hat negative finanzielle Konsequenzen für das Haus. Das heißt z. B.: Bleibt ein 83-Jähriger 1 Tag länger stationär als seine i.v. Antibiose dauert, wird er als Fehlbelegung eingestuft und Strafzahlung droht. Die individuelle Situation bleibt auf der Strecke. Krankenhäuser werden kürzer behandeln, Soziales nicht mehr beachtet.

Zudem hält dieses Gesetz einen Katalog für sog. ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe (SE) vor, auch hier sollen Krankenhäuser in die ambulante Behandlung gezwungen werden, ohne dass wirklich an den Sektorengrenzen gearbeitet wird. Hat ein Haus die Möglichkeit ambulanter SE, aber keine Zulassung zur Nachsorge, folgt die Verschiebung in den fachärztlichen Bereich – ohne klare Strukturvorgaben. Ambulante Leistungen werden viel schlechter vergütet oder im Rahmen sog. „poststationärer Tage“ in einer Pauschale mit abgedeckt [6].



Univ.-Prof. Felix JF Herth, MD, PhD,
Dsc., FCCP, FERS

Medizinischer Geschäftsführer,
Chefarzt der Abteilung für Pneumologie und
Beatmungsmedizin, Thoraxklinik, Universität
Heidelberg, Röntgenstr. 1, 69126 Heidelberg
felix.herth@med.uni-heidelberg.de

Als lange in Kliniken tätiger Arzt bleibt mir ein bitterer Nachgeschmack beim Lesen der Einführungszeilen der Gesetzestexte. Aussagen wie „Anreize für eine zielkonforme Abrechnung werden gestärkt“, erzeugen den Eindruck, dass Krankenhäuser unter dem Pauschalverdacht des Abrechnungsbetruges stehen.

Ebenfalls deutliche Veränderungen wird das Gesetz zu Pflegeuntergrenzen auf Intensiv- und Intermediate-care-Station nach sich ziehen. Leerstehende Intensivbetten sind finanzielle Katastrophen. Da das Pflegepersonal in Deutschland schlicht nicht vorhanden ist, werden Intensivbetten wohl rarer werden. Es ist wichtig, die Pflegeberufe zu stärken. Jedoch mit dem Wissen um den Fachkräftemangel derartige Gesetze zu erlassen, mutet nicht wie eine Anpassung mit Sinn und Verstand an. Es wird wohl zu unstrukturiertem Bettenschließen bzw. Krankenhaussterben kommen. Nur wer sich, wie auch immer, geschickt durch den Dschungel der neuen Rahmenbedingungen und Prüfungen bewegt, kann finanziell erfolgreich sein. Für die Flächenversorgung unabdingbare kleinere Häuser werden nur mit Subventionen zu halten sein.

Ich stimme zu, dass wir etwas ändern müssen, bevor das System implodiert. Es wäre aber wünschenswert, dass die Anpassung strukturell durchorganisiert und in Diskussion mit den Leistungserbringern erfolgt. Sonst wird es per Gesetz dazu kommen, dass nur der Stärkere überlebt. Darunter leiden wird die medizinische Versorgung, also primär die Patienten, zu denen sich früher oder später auch die Ärzteschaft zählen darf.

Lösungsansätze sind schwierig und nur mit zäher politischer und Verbandsarbeit zu finden. Die deutsche Pneumologie mit ihrer überschaubaren Zahl an Fachärzten muss sich einbringen, damit bei Lungenkrankheiten auch zukünftig auf gewohnt hohem Niveau stationär und ambulant versorgt werden kann.

Links als Zusatzmaterial online; <https://doi.org/10.1007/s15033-020-0668-1>

Hier steht eine Anzeige.

