

Krankenkassen drängen auf Abbau in NRW-Kliniken

Wie geht es weiter mit der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen? – Träger und Kassen sollen „gemeinsam und gleichberechtigt“ regionale Planungskonzepte erarbeiten

von **Horst Schumacher**

„**Q**ualifizierte ärztliche stationäre Leistungen – Schafft das neue Krankenhausgesetz NW hierfür die Voraussetzungen?“ lautete das Thema einer Podiumsdiskussion kürzlich in Düsseldorf. Rund 120 Zuhörer kamen auf Einladung der Ärztekammer Nordrhein, um sich aus erster Hand über die weitere Entwicklung im Kliniksektor zu informieren. Eingeladen hatte die Kammer alle leitenden Krankenhausärzte des Kammerbereiches. Auf dem Podium standen Vertreter des Gesundheitsministeriums, der Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen Rede und Antwort.

Kern der Gesetzesnovelle ist die Änderung des Planungsverfahrens, die Dr. Dorothea Prütting erläuterte. Sie ist als Leitende Ministerialrätin im nordrhein-westfälischen Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit für die Krankenhausplanung zuständig.

Bisher gab es laut Prütting einen Krankenhausplan, der sehr detaillierte Regelungen enthielt. Künftig werden nach ihren Worten Klinikträger und Kassen für die Regionen Planungskonzepte erstellen können – „gemeinsam und gleichberechtigt“, wie es im Gesetz heißt. Diese Konzepte haben „Vorschlagscharakter“ und werden über die Bezirksregierungen an das Ministerium weitergeleitet. Dieses trifft nach Anhörung der Beteiligten die abschließende Entscheidung.

Zweiter Teil der künftigen Krankenhausplanung werden die staatli-

chen Rahmenvorgaben, nämlich Planungsgrundsätze und Planungs Eckdaten, sein. Daneben wird als dritter Teil die Schwerpunktplanung für überregionale Einrichtungen stehen, zum Beispiel für die Herzchirurgie. „Das Land wollte sich zu keinem Zeitpunkt aus der Planung zurückziehen und hat es auch nicht getan“, stellte Prütting klar. Nach ihren Angaben sind bis Ende 1999 neue Rahmenvorgaben zu erwarten.

Keine unmittelbare Beteiligung der Ärzteschaft

Daß die Letztverantwortung auch nach der Novelle beim Land bleibt, begrüßte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Jörg Hoppe: „Die Krankenhausplanung muß Aufgabe des Staates bleiben.“ Er lobte auch die Absicht des Gesetzgebers, mit der Novelle die Zusammenarbeit der Einrichtungen im Gesundheitswesen zu fördern und die Eigenverantwortung der Träger zu stärken. Auch die weitgehende Abkoppelung der pauschalen Investitionsförderung von der Anzahl der Betten – 75 Prozent der Förderung fließen künftig auch nach dem Abbau von Betten weiter – hält der Präsident für sinnvoll.

Kritisch merkte Hoppe an, daß das neue Gesetz kaum Ansatzpunkte zur Überwindung der „Sektorierung und Versäulung im Gesundheitswesen durch Kooperation und Verzahnung“ enthält. Er wiederholte seine Kritik, wonach die Ärztekammern als vom Gesetzgeber ein-

gerichtete Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Strukturverantwortung für die Versorgung tragen, auch nach der Novelle dem Landesausschuß für Krankenhausplanung nicht als unmittelbar Beteiligte angehören.

Der Landesausschuß hat nach dem Gesetz insbesondere die Aufgabe, Empfehlungen zur Aufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und Schwerpunktfestlegungen zu erarbeiten. Hier wäre nach Auffassung des Präsidenten die unmittelbare Einbindung des Sachverständigen der Ärztekammern – beispielsweise in Fragen der ärztlichen Weiterbildung – erforderlich gewesen.

Hoppe äußerte sich besorgt darüber, daß die Ärztekammern im neuen Krankenhausgesetz nicht mehr ausdrücklich als Partner der externen Qualitätssicherung im Krankenhaus genannt sind. Die vorbildliche Struktur in Nordrhein-Westfalen sei auch aufgrund der bisherigen gesetzlichen Regelung zustande gekommen. In NRW gibt es mehrere erfolgreiche Projekte der drei Partner Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen und Ärztekammer. „Die Ärztekammern sind zur weiteren Zusammenarbeit bereit“, sagte der Präsident.

Als „ersten Schritt in die richtige Richtung“ bezeichnete Sieghart Niggemann, Leiter der Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), das neue Gesetz. In erheblichem Umfang seien Kompetenzen und Verantwor-

tung auf die Träger und die Kassen verlagert worden. Die Forderungen der Krankenkassen seien jedoch wesentlich weiter gegangen. Aus Niggemanns Sicht ergibt sich aus der Novelle „keine Machtverschiebung zugunsten der Krankenversicherung“. Insgesamt sieht er in den neuen Regelungen einen Versuch des Gesetzgebers, die Beteiligten zu mehr Kooperation zu bewegen.

Die Krankenkassen werden bei der Planung nicht auf ärztlichen Sachverstand verzichten, betonte Niggemann. Allerdings seien nach Überzeugung der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen „erhebliche Überkapazitäten“ vorhanden. Niggemann sprach offen aus, daß es aus Kassensicht insgesamt um den Abbau von Kapazitäten geht. Der Bundesgesetzgeber müsse hierfür die Voraussetzungen schaffen.

Einbindung in Versorgungskette

Bei der Diskussion mit den Trägern über regionale Planungskonzepte wird es nach Ankündigung des VdAK-Vertreters auch darum gehen, wie ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung in die zukünftige Versorgungskette der Region eingebunden werden kann. „Das bedeutet, daß wir über eine Veränderung des Angebots der medizinischen Versorgung sprechen müssen“, sagte Niggemann. Gemeint sind ambulante oder teilstationäre Angebote. Dies gehe nicht ohne ärztlichen Sachverstand. Die Ärzteschaft müsse sich allerdings von der Vorstellung verabschieden, „daß alle medizinischen Leistungen überall vorgehalten werden müssen“, so Niggemann.

Medizinische Fragestellungen sind nach seiner Ansicht auch zu berücksichtigen, wenn die Krankenkassen der Frage nachgehen, warum die Strukturdaten in anderen Bundesländern günstiger sind als in Nordrhein-Westfalen. Nach seinen Angaben gibt es in NRW 81 Betten pro 100.000 Einwohner, in Baden-Württemberg dagegen nur 65. Niggemann hält es für fraglich, daß an-

dere Länder künftig weiter bereit sein werden, NRW über den Risikostrukturausgleich „im bisherigen Umfang zu subventionieren“.

Grundsätzlich positiv äußerte er sich zu Zusammenlegungen: „Sie bedeuten in der Regel eine ökonomische und versorgungsmäßige Optimierung.“

Qualifizierte Versorgung in Gefahr?

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) hegt Zweifel, ob das neue Gesetz die wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung der Patienten in den zur Zeit knapp 500 Kliniken im Land fördert. Es könne der Fall eintreten, daß sich die regionalen Planungskonzepte einseitig nach der jeweiligen Zahlungsfähigkeit oder auch Zahlungsbereitschaft der Kostenträger ausrichten müssen, befürchtet das Geschäftsführende Präsidialmitglied der KGNW, Reinhard Stadali.

Im Gegensatz zu VdAK-Vertreter Niggemann prophezeite er eine „starke Betonung der Einflußnahme der Krankenkassenverbände auf das Sein oder Nichtsein von Krankenhausabteilungen oder ganzen Einrichtungen.“ Stadali sieht die Gefahr, daß Gleichberechtigung in den regionalen Verhandlungen nur auf dem Papier steht, während tatsächlich „am längeren Hebel sitzt, wer über das Geld verfügt“.

Völlig offen bleibt nach Stadalis Meinung, auf welche Weise die Politik im Fall von Konflikten zwischen den Beteiligten vor Ort ihre Entscheidungskompetenz wahrnehmen wird. „Sollen die Entscheidungen dahin gehen, daß zwar Angebote an Standorten optisch erhalten bleiben oder neu entstehen, aber in Leistungsquantität und -qualität rationiert werden? Und falls man politisch nicht den Mut hat, den Zwang zur Rationierung offen zuzugeben: Wie lange kann man es durchhalten, die Qualität der stationären und dabei insbesondere der ärztlichen Versorgung durch einen nicht leistungs- und kostengerechten Finanzie-

rungsansatz schleichend zu reduzieren?“, fragte Stadali.

Krankenhaussträger müssen sich nach seiner Darstellung heute bereits „im vorausseilenden, vermeintlich richtigen Gesetzesvollzug“ beim Erscheinen einer Chefarzt-Stellenanzeige von Krankenkassen fragen lassen, ob die ärztliche Leistung in der betreffenden Abteilung künftig überhaupt noch benötigt werde. Stadali warnte davor, Patienten von qualifizierten ärztlichen Leistungen im Krankenhaus „abzuschneiden“.

Keine festen Planregionen

In der Diskussion – Moderator war der Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Wolfgang Klitzsch – wurde deutlich, daß die Details der praktischen Umsetzung regionaler Planungskonzepte noch offen sind. So fragte KGNW-Vertreter Stadali nach der Abgrenzung der künftigen Planregionen. Hierzu sagte Ministerialrätin Prütting, es sei nicht beabsichtigt, „künstliche Regionen zu schneiden“. An „kleine Planungskonferenzen“ sei nicht gedacht. Vielmehr sei zu prüfen, wie die Angebote „vor Ort“ ineinandergreifen, und zwar auch anhand von Einzugsstatistiken.

VdAK-Vertreter Niggemann hält „Orientierungswerte“ für erforderlich, um die vom Land vorgegebenen Eckdaten in der Region umzusetzen. Prütting sagte hierzu, es werde „Orientierungswerte“ geben, aber keine „zu fest definierten Regionen“. Es seien vielmehr „flexible Formulierungen“ gefragt.

Prütting setzt hier auch auf die Ideen der unmittelbar Betroffenen: „Die Träger sind kreativer, als mancher glaubt.“

Falls dies sich so nicht bestätigen sollte, wird dennoch erhebliche Bewegung in den Kliniksektor kommen. Jedenfalls kündigte Kassenvertreter Niggemann das unmißverständlich an: „Wir werden sicherlich selbst versuchen, Konzepte zu erarbeiten, und dann auf die Träger zugehen.“