

„Wir brauchen ein neues Miteinander von Niedergelassenen und Kliniken“

Seit wenigen Wochen ist Barbara Steffens neue Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen. Im Interview mit dem *Rheinischen Ärzteblatt* spricht die Grünen-Politikerin über die Honorarsituation der Vertragsärzte, den vom Bundesgesetzgeber forcierten Wettbewerb zwischen Niedergelassenen und Kliniken sowie Selektivverträge von Krankenkassen mit Kliniken.



Seit Mitte Juli neue Gesundheitsministerin von NRW: **Barbara Steffens.** Foto: Staatskanzlei/Sondermann

RhÄ: Frau Steffens, herzlichen Glückwunsch zu Ihrem neuen Amt. Gemeinsam mit den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes haben Sie die Bundeskanzlerin zu einem Besuch nach NRW eingeladen. Frau Dr. Merkel möge sich doch ein Bild darüber machen, wie sich Honorarsystematik und -entwicklung auf die Patientenversorgung an Rhein, Ruhr, Weser und Sieg auswirkt. Hat die Bundeskanzlerin schon zugesagt?

Steffens: Nein, leider habe ich noch keine Antwort von der Kanzlerin bekommen. Ich denke aber, dass sie gut daran täte, nach NRW zu kommen, denn die deutliche Benachteiligung unseres Landes wird auf Bundesebene noch nicht ausreichend anerkannt.

RhÄ: Die Ärztinnen und Ärzte in NRW betrachten sich als Verlierer der neuen Honorarsystematik. Der Frust sitzt tief.

Steffens: Ich kann diesen Frust sehr gut nachvollziehen. Als Patientin kann ich es nicht akzeptieren, dass ich denselben Versicherungsbeitrag bezahle wie eine Versicherte in einem anderen Bundesland, meine Ärztin, mein Arzt aber für die gleiche Leistung weniger bekommt. Wir haben hier einen Systemfehler: So erhält ein Hausarzt im Landesteil Nordrhein im 1. Quartal 2010 für die Regelversorgung nur 31,28 Euro im Quartal, in Westfalen-Lippe 32,11 Euro, der Kollege in Thüringen aber 44,55 Euro. Insgesamt stehen rechnerisch für die ambulante ärztliche Versorgung eines Versicherten in Nordrhein jährlich 396 Euro, in Westfalen-Lippe 364 Euro

zur Verfügung. In Bayern sind es 453 Euro, in Bremen sogar 602 Euro. Dafür gibt es keine Begründung. Hier muss eine Korrektur erfolgen.

RhÄ: Landauf, landab wird inzwischen ein Mangel an Ärzten in bestimmten Stadtteilen und auf dem Land beklagt, auch in einigen Regionen Nordrhein-Westfalens. Die entscheidenden politischen Weichenstellungen – etwa über das Gesamtvolumen der Ärztehonorare oder die Grundzüge der Bedarfsplanung – werden aber im fernen Berlin getroffen. Sind Sie eine Ministerin ohne Macht, die die Suppe auslöffeln muss, die andere Ihnen einbrocken?

Steffens: Natürlich werden viele Dinge über die Stellgröße Geld entschieden. Aber der einfache Ruf nach mehr Finanzmitteln ist auch nicht die ultimative Lösung. Wichtig wird zum Beispiel sein, dass die Länder bei der Bedarfsplanung mitentscheiden können. Und diese Planung muss künftig sektorenübergreifend erfolgen. Hier sind sich alle Landesgesundheitsminister einig. Denn die Diskrepanz zwischen den Planungen auf der Bundesebene und den Auswirkungen auf die Versorgungsrealität vor Ort ist zu groß. Um bei Ihrem Bild zu bleiben: Ich bin nicht bereit, die Suppe auszulöffeln, der Teller geht zurück nach Berlin.

RhÄ: Ein Nadelöhr für die medizinische Versorgung der Zukunft ist die Zahl der Studienplätze. Auf fünf Bewerberinnen und Bewerber kommt derzeit nur ein Angebot. Wird Rot-Grün mehr Studienplätze schaffen?

Steffens: In den vergangenen Jahrzehnten sind in der Tat viele Studienplätze

weggefallen. Wir wollen deren Zahl nun wieder um zehn Prozent erhöhen, gerade auch vor dem Hintergrund des doppelten Abiturjahrgangs 2013. Das wären knapp 200 neue Plätze. Ob es eine neue Medizinische Fakultät (im Gespräch ist Bielefeld, die Red.) geben wird oder die neuen Plätze an den bisherigen Standorten entstehen werden, ist noch offen.

RhÄ: Wird Rot-Grün das Bachelor- und Masterstudium auch in der Medizin einführen?

Steffens: In der Medizin spricht nichts dafür, im Gegenteil. Im Medizinstudium existiert die von Europa geforderte Vereinheitlichung und Überprüfbarkeit der Studieninhalte bereits. Nach den Berufsanerkennungsrichtlinien muss ein Medizinstudent eine Ausbildung von sechs Jahren oder 5.500 Unterrichtsstunden absolvieren, damit er als Arzt praktizieren kann. Das ist im Bachelor-Studium gar nicht darstellbar. Das heißt, wir hätten plötzlich Studienabgänger, die gar nicht praktizieren dürfen.

Im Bereich der Gesundheitsfachberufe ist die Situation anders. Ich denke, dass wir ein bestimmtes Maß an akademisch ausgebildetem Fachpersonal in den Pflegeeinrichtungen und in den Krankenhäusern brauchen können, denn die gesundheitliche und pflegerische Versorgung verändert sich. Dies beruht auf dem medizinischen Fortschritt einerseits und auf einem sich verändernden Krankheitspektrum andererseits. Deshalb erproben wir die Akademisierung an mehreren Hochschulen in Nordrhein-Westfalen. Bei diesen Modellstudiengängen erhalten die Absolventen neben einem ersten akademischen Abschluss, dem Bachelor, auch einen Berufsabschluss zum Beispiel im Bereich Alten- oder Krankenpflege.

RhÄ: Die Krankenhausplanung ist eine Domäne der Bundesländer. Ihr Vorgänger Karl-Josef Laumann hat die Investitionsfinanzierung auf Pauschalen umgestellt. Welche Weichen wollen Sie in den kommenden Jahren stellen?

Steffens: Das erste wird sein, die Hausaufgaben, die die alte Landesregierung liegen gelassen hat, nachzuholen. Wir brauchen eine qualifizierte Rahmenplanung. Ziel muss sein, das Gesundheitssystem insgesamt demografiefest zu machen, das ist es noch nicht.

RhÄ: „Niemand darf es weiter als maximal 20 Kilometer zur nächsten Klinik haben“, werden Sie in einem Interview zitiert. Rhetorisch wandeln Sie damit auf den Spuren des ehemaligen Bundesverkehrsministers Georg Leber, demzufolge es kein Bürger weiter als 20 Kilometer bis zur nächsten Autobahnzufahrt haben sollte. Muss nicht zuerst die Versorgungsqualität als Kriterium zählen?

Steffens: Natürlich müssen Qualität und Quantität gewährleistet sein. Und dennoch: Es nützt ja nichts, wenn ich hoch qualifizierte Kliniken habe, der Patient wegen des zu langen Wegs in die Klinik aber verstirbt. Die Grundversorgung muss in der Fläche erhalten bleiben. Bei planbaren Eingriffen oder hoch spezialisierten Leistungen wird eine längere Anfahrtszeit künftig aber nicht immer auszu-schließen sein.

RhÄ: Gesundheitsökonomien kritisieren, dass bundesweit ein Viertel aller Krankenhausbetten leerstehen. Halten wir an der falschen Stelle Ressourcen vor?

Steffens: Die Kritik ist mir zu pauschal. Es wird sicherlich zu einer Umschichtung von Betten, vielleicht auch zu einem Bettenabbau kommen. Für eine flächendeckende Versorgung brauchen wir aber ausreichende Versorgungsmöglichkeiten. Darüber hinaus müssen genügend Kapazitäten vorgehalten werden, um bei großen Katastrophen wie bei der Loveparade in Duisburg eine schnelle Notfallversorgung sicherstellen zu können. Wir haben es also mit einer Gratwanderung zu tun.

RhÄ: Mit Argwohn verfolgen viele Niedergelassene die Möglichkeit, hoch spezialisierte ambulante Leistungen und die ambulante Behandlung seltener Erkrankungen nach Paragraph 116b SGB V auch an Krankenhäusern zuzulassen. Inzwischen haben Kliniken in NRW über 800 Anträge an Ihr Ministerium gestellt. Welche Linie werden Sie einschlagen?

Steffens: Ich glaube nicht, dass wir uns einen Gefallen tun, Kliniken und Niedergelassene gegeneinander auszuspielen.

Grün gestrickte Strippenzieherin



Barbara Steffens (48) ist seit dem 15. Juli Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter von Nordrhein-Westfalen. Die in Düsseldorf geborene Grünen-Politikerin ist seit dem Jahr 2000 Mitglied des Landtags und war für ihre Fraktion gesundheitspolitische Sprecherin. Von 1994 bis 2000 war sie Landesvorsitzende ihrer Partei. 1995 unterzeichnete sie – mit Sohn auf dem Schoß – für ihre Partei den ersten rot-grünen Koalitionsvertrag in NRW, für die SPD unterschrieb Johannes Rau (Foto oben). „Ganz dem grünen Image entsprechend“ strickt Steffens gerne, „am liebsten kleine Stücke wie Socken, Mützen, Stulpen und Schals, denn ein kleines Strickzeug passt immer in die Handtasche und vermeidet Frust“, wie sie auf ihrer Internetseite schreibt. Den Grünen trat sie 1989 bei. Die gelernte Biologisch-technische Assistentin erzieht ihre beiden Kinder allein.

Wir brauchen stattdessen vor Ort ein neues Miteinander zwischen Niedergelassenen und Kliniken. Eine Öffnung im Dis-sens bringt uns gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung nicht weiter. Die Regelung darf auf keinen Fall dazu führen, dass wir durch die Öffnung leichtfertig ambulante Strukturen zerstören. Verlierer wären die Patienten. Wo Daseinsvorsorge sichergestellt werden muss, darf Wettbewerb erst an zweiter Stelle stehen.

RhÄ: Die Krankenkassen wollen bei planbaren Eingriffen künftig Einzelverträge mit Kliniken abschließen können. Auf Bundesebene wurde diese Forderung von ihrem Koalitionspartner SPD wohlwollend aufgenommen. Wird die rot-grüne Landesregierung neuerliche Vorstöße in dieser Frage unterstützen?

Steffens: Ich finde das sehr problematisch. Die Gefahr ist riesengroß, dass bei

solchen Verträgen die Kostenfrage an erster Stelle steht.

RhÄ: Von der chronischen Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung haben wir bereits gesprochen. In den Krankenhäusern zehren die Arbeitsbedingungen an der physischen und psychischen Konstitution von Ärzten und Pflegenden. Es bleibt immer weniger Zeit für die Patienten, diagnoseorientierte Fallpauschalen bestimmen den Takt. Heißt der Zweck, also möglichst stabile GKV-Beiträge, die Mittel?

Steffens: Die Arbeitsbedingungen sind in der Tat teilweise katastrophal. Es gibt unterschiedliche Rahmenbedingungen, die dazu führen: Ein massives Problem ist der Landesbasisfallwert, auch hier wird NRW benachteiligt. Entscheidend bleibt aber der de facto noch immer existente Budgetdeckel der Kliniken. Die Sparpläne der schwarz-gelben Koalition in Berlin werden die Finanzlage unserer Kliniken in NRW noch verschärfen. Wir werden sehr genau prüfen, an welchen Stellen wir im Bundesrat den Hebel ansetzen können, um Änderungen an den Plänen aus Berlin zu erreichen.

RhÄ: Der Landesgesetzgeber weist den ärztlichen Körperschaften ein umfangreiches Aufgabenspektrum zu, Sie als Ministerin üben die Rechtsaufsicht aus, und es gibt traditionell bei uns im Land eine enge Zusammenarbeit. Welche Rolle soll die Selbstverwaltung künftig spielen?

Steffens: Die ärztliche Selbstverwaltung ist zunächst einmal Ausdruck der gewollten Subsidiarität staatlichen Handelns und dient dazu, den Staat zu entlasten. Wer die Selbstverwaltung infrage stellt, sollte sagen, wie es staatlich besser gehen könnte. Ich sehe nicht, wie der Staat die Aufgaben, die bei der Selbstverwaltung angesiedelt sind, einfacher, intelligenter, sinnvoller und kostengünstiger machen könnte. Natürlich müssen sich die Körperschaften aber auf die Herausforderungen eines sich verändernden Gesundheitssystems einstellen. Das betrifft zum Beispiel die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum, eine stärkere Orientierung des Gesundheitswesens an den besonderen Bedürfnissen von Älteren und die Prävention.

RhÄ: Frau Steffens, vielen Dank für das Gespräch.

Interview: Bülent Erdogan-Griese