

Thema: Seit Juli 2010 ist Barbara Steffens Landesgesundheitsministerin. Im Interview mit dem *Rheinischen Ärzteblatt* spricht sie über ihr Verhältnis zum neuen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, die Benachteiligung Nordrhein-Westfalens bei den ambulanten Vergütungen, die NRW-Krankenhausplanung und die notwendige Reform des Fallpauschalensystems an den Kliniken. **von Bülent Erdogan-Griese**

„Ein moderater Bettenabbau entspricht dem veränderten Bedarf der Patienten“



Zur Person

Barbara Steffens (52) ist seit dem 15. Juli 2010 Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter von Nordrhein-Westfalen. Die in Düsseldorf geborene Grünen-Politikerin war von 2000 bis 2013 Mitglied des Landtags und war für ihre Fraktion gesundheitspolitische Sprecherin. Von 1994 bis 2000 war sie Landesvorstandssprecherin ihrer Partei. 1995 unterzeichnete Steffens für ihre Partei den ersten rot-grünen Koalitionsvertrag in NRW, für die SPD unterschrieb Johannes Rau. Den Grünen trat sie 1989 bei. Die gelernte Biologisch-technische Assistentin erzieht ihre beiden Kinder allein.

RhÄ: Frau Steffens, gesundheitspolitisch schlägt das Herz der Republik in diesem Jahr im Rheinland: Der 117. Deutsche Ärztetag findet Ende Mai hier in Düsseldorf statt. Mit Hermann Gröhe ist auch der neue Bundesgesundheitsminister ein waschechter Rheinländer. Kennen Sie einander?

Steffens: Wir sind uns schon einmal begegnet. Ein persönlicher Kontakt bestand bisher aber nicht. Ich habe ihm gratuliert und glaube, dass es notwendig ist, sich über die Belange von NRW als bevölkerungsreichstem Bundesland miteinander auszutauschen. Dadurch, dass mit Karl-Josef Laumann noch ein zweiter Politiker aus NRW an entscheidender Stelle im Bundesgesundheitsministerium tätig ist, hoffe ich, dass die gesundheitspolitischen Herausforderungen und Probleme unseres Landes anders als bisher mehr Gehör im Bund finden werden.

RhÄ: Wie ist Ihr Verhältnis zu Laumann gewesen, als er noch Gesundheitsminister im Land war?

Steffens: Völlig unkompliziert. Wir haben über viele Punkte diskutiert und auch manches miteinander verabreden können. Wir haben auch schon einen Termin vereinbart, an dem Herr Laumann als Patientenbeauftragter der Bundesregierung mit unserem Patientenbeauftragten für NRW und mir zusammenkommen wird.

RhÄ: Da könnte er Herrn Gröhe gleich mitbringen.

Steffens: Das kann er von mir aus gerne, obwohl ihm als Patientenbeauftragter seine Unabhängigkeit gegenüber Herrn Gröhe sicherlich wichtig ist.

RhÄ: Aber es gibt Schlechteres, als solche Positionen mit Politikern aus NRW besetzt zu wissen, oder?

Steffens: Allein der Umstand, dass jemand aus NRW kommt, bedeutet nicht zwangsläufig einen Gewinn. Daniel Bahr kommt aus auch NRW, und was hatten wir davon? Nichts. Das bisschen, was wir als Konvergenzregelung für die Vertragsärzteschaft vereinbart hatten, hat er als Nordrhein-Westfale später wieder gestrichen. Ich hoffe, dass Herr Gröhe da die berechtigten Interessen seines Heimatbundeslandes konsequenter mit vertritt.

RhÄ: Freuen Sie sich schon darauf, 2017 als Verantwortliche für Abteilungs- und Klinikschließungen in den Wahlkampf zu ziehen, als Ministerin des Krankenhausbauabschlages?

Steffens: Ich erwarte nicht, dass unser Krankenhausrahmenplan, auf den Sie anspielen, zu Klinikschließungen führt. Wenn es zu Schließungen kommt, dann überwiegend, weil Kliniken in ihrer Struktur nicht wirtschaftlich sind. Viele geraten in eine Abwärtsspirale, weil die Patientinnen und Patienten andere Krankenhäuser bevorzugen und sie in der Folge zum Beispiel nicht genügend Ärztinnen und Ärzte finden können. Wir haben einen moderaten Bettenabbau vorgesehen, der notwendig ist, weil er dem veränderten Bedarf der Patientinnen und Patienten entspricht.

RhÄ: Von einer Rosskur kann also keine Rede sein?

Steffens: Nein, wir haben in vielen Bereichen die Situation, dass vieles, was früher stationär gemacht wurde, heute ambulant durchführbar ist. Ein Beispiel ist die Augenheilkunde. Da muss man dann auch einmal die Konsequenzen daraus ziehen. Wir bauen aber auch dort Betten auf, wo die Demografie und die steigende Nachfrage sich auswirken, also im Bereich der psychosomatischen, psychiatrischen und geriatrischen Medizin. Im gleichen Schritt wollen wir auch eine höhere Versorgungsqualität erzielen.

RhÄ: Was heißt das?

Steffens: Das betrifft zum Beispiel den Sicherstellungsauftrag im ländlichen Raum. Wir werden nicht alles zu jedem Preis aufrechterhalten können. Wir müssen den Menschen aber garantieren, dass dort, wo Krankenhaus draufsteht, auch eine gute Qualität gewährleistet ist. Dort, wo Kliniken quasi Rücken an Rücken stehen, wird das einzelne Haus über Schwer-

punkte nachdenken müssen, also über eine Aufteilung der Aufgaben. Das alles gilt auch vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Ärztemangels.

RhÄ: *Sie wollten bei Ihrem Amtsantritt den Menschen in den Mittelpunkt stellen. Wo steht der Patient heute in der Welt der Fallpauschalen, in der die Controller die Fäden in der Hand halten?*

Steffens: Die Fallpauschalen habe ich immer skeptisch verfolgt, weil die DRG die Outcome-Qualität nicht berücksichtigen. Beispiel Hüftprothetik bei einem älteren Patienten: Die Operation gelingt, aber der Patient ist nachher im Delir und wird zum Pflegefall. Die DRG müssen so reformiert werden, dass die Qualität der gesamten Behandlung in den Blick rückt. Das betrifft zum Beispiel auch eine bessere Finanzierung der Versorgung von dementen Patientinnen und Patienten, die in der Regel einen erhöhten Pflegebedarf haben. Dafür brauchen wir neue Vorgaben, beispielsweise ein Personalbemessungsinstrument, anderenfalls verlagern sich die Kosten in den Pflegebereich. Für mich ist das eine Herausforderung, der sich der neue Bundesgesundheitsminister mit als Erstes stellen sollte.

RhÄ: *Sie könnten etwas finanziellen Druck von den 400 Kliniken in NRW nehmen, indem Sie die Investitionsfinanzierung, derzeit knapp 500 Millionen Euro im Jahr, hochfahren.*

Steffens: Es wird auch durch häufiges Wiederholen nicht richtig: der finanzielle Druck resultiert weit stärker aus Problemen im Bereich der Betriebskosten, also beispielsweise dem in NRW unterdurchschnittlichen Basisfallwert. Bezogen auf die Einwohnerzahl investiert NRW nicht wenig in seine Kliniken. Dadurch, dass wir im Verhältnis mehr Kliniken als andere Länder haben, entfällt auf eine einzelne Klinik aber schon mal weniger Geld, als dies in anderen Ländern der Fall wäre.

RhÄ: *Mehr Geld ist nicht drin?*

Steffens: Wir hatten in NRW die Situation eines beklagten Haushalts, die Opposition schaut sehr genau auf die Finanzen. Natürlich bin ich mit dem Finanzminister ständig im Gespräch, denn die Häuser haben einen Anspruch auf Investitionshilfen.

RhÄ: *Sie könnten sich das alles ersparen, wenn die Krankenkassen nicht nur die akute Behandlung und Krankenpflege finanzierten, sondern auch für die Investitionen aufkämen.*

Steffens: Ich kann davor nur warnen: Erstens würden die Versicherten mit höheren Beiträgen zur Kasse gebeten. Zweitens: Wer steuert dann die Krankenhausversorgung nach welchen Kriterien? Wenn Kassen steuern, dann steuern sie nach Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb, also nach Kostenkriterien. Als Ministerin schaue ich auf den Sicherstellungsauftrag, also auf den notwendigen Grad der Grundversorgung und der Spezialisierung sowie auf die Erreichbarkeit

der Angebote für die Menschen. Eine Steuerung in Kassenhand ist für mich daher indiskutabel.

RhÄ: *Apropos Kassen: Vor einigen Wochen setzte die AOK die Zahl von 19.000 Toten durch sogenannten Ärztepansch in die Welt. Was haben Sie sich gedacht, als sie das hörten?*

Steffens: Da habe ich mir gedacht, dass Brötchen, wenn man sie immer und immer wieder aufbackt, auch nicht besser schmecken. Wenn man einen rechnerischen Wert hat, der noch dazu auf einer alten Grundlage basiert und diesen so kommuniziert, begeht man gleich mehrere Fehler: Erstens verhält man sich Ärzten und Pflegenden gegenüber unfair, zweitens schürt man Ängste in der Bevölkerung, drittens ist es wissenschaftlich fragwürdig. Das ist nicht in Ordnung. Und die Zahl lenkt auch von notwendigen Veränderungen und Strukturoptimierungen ab, zum Beispiel Fehler offen anzusprechen und aus diesen gemeinsam zu lernen und so beispielsweise die Hygiene zu verbessern.

RhÄ: *Warum ist es beim Krankenhausrabmenplan trotz mahrender Stimmen aus der Ärzteschaft bei zwei Fachärzten pro Station geblieben?*

Steffens: Die medizinische Kompetenz ist kurz vor der Facharztprüfung nicht deutlich unterschiedlich von der danach. Mehr wäre vor dem Hintergrund des Ärztemangels auch nicht drin gewesen. Ich denke, dass diese Entscheidung realistisch ist. Mehr als das, was wir jetzt im Plan haben, wäre für die Häuser schon eine Überforderung gewesen. Der Ärztemangel ist da, wir haben im ländlichen Raum Krankenhäuser,



Fotos: JochenRolfes.de

in denen jede Ärztin, jeder Arzt eine Migrationsgeschichte hat. Aber: Nach dem Krankenhausplan ist vor dem Krankenhausplan. Auf der Agenda wird in einem späteren Schritt zum Beispiel stehen, wie wir vom Bett als Berechnungsgröße wegkommen.

RhÄ: *60 Stunden in der Woche, trotzdem volle Praxen, immer neue Honorarregelungen und bürokratische Vorgaben, Ärger mit dem Arzneimittelbudget: Können Sie nachvollziehen, wenn junge Ärztinnen und Ärzte keine Lust mehr haben auf eine Niederlassung, gerade auf dem Land?*

Steffens: Was wir brauchen ist mehr Flexibilität. Das System hat noch nicht ausreichend auf den Wunsch gerade von jungen Ärztinnen nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie reagiert. 60 Stunden in der Woche machen junge Ärztinnen nicht mehr mit. Darüber hinaus wollen viele von ihnen nicht sofort ins finanzielle Risiko gehen. Frauen gründen anders als Männer. Deswegen müssen die Strukturen verändert werden. Da reicht es nicht aus, Vertragsarztsitze zu halbieren.

RhÄ: *Der Gesetzgeber hat den Instrumentenkasten aber doch inzwischen sehr gut ausgestattet. Was fehlt da denn noch?*

Steffens: Ich denke, dass wir die Delegation ausbauen müssen. Ich fordere schon seit Langem eine Ausweitung der Refinanzierung von Programmen wie VERAH oder Schwester AGnNES für die Betreuung von älteren Patientinnen und Patienten in allen Regionen, nicht nur in den unterversorgten Gebieten. Damit und mit mehr Prävention ließe sich auch die Belastung der Ärztinnen und Ärzte in der Sprechstunde verringern. Darüber hinaus werden wir auch zu anderen, sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen kommen müssen.



RhÄ: *Wie sehen Sie Forderungen nach einer kompletten Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen?*

Steffens: Wir sollten erst einmal unsere Erfahrung mit der Delegation machen. Die Substitution wird von allein kommen, wenn die Ärzteschaft erkennt, welche Vorteile die Delegation für sie hat. Dann werden sie von sich aus sagen: Lasst uns das substituieren, damit wir in einfachen Fragen die Letztverantwortung abgeben können. Eine Substitution mit dem Brecheisen wird nicht zu positiven Ergebnissen für die Patientinnen und Patienten führen. Für die Delegation sind alle offen, also sollten wir die Delegation offensiv angehen.

RhÄ: *Die Vertragsärzte in NRW haben ein besonderes Problem, Stichwort Konvergenz: Gemessen an anderen Bundesländern wird dieselbe ärztliche Leistung geringer vergütet. Bislang blieb der gemeinsame Kampf von Landesregierung und Ärzteschaft ohne Erfolg. Wie geht es weiter?*

Steffens: Mit Hermann Gröhe und Karl-Josef Laumann haben wir in Berlin ja jetzt etwas an Gewicht

gewonnen, das beide nun in die Waagschale werfen können. Herr Laumann hat als Minister sowohl eine Angleichung der Krankenhausfinanzierung als auch der Vertragsarzt Honorare gefordert. Jetzt kann er zeigen, ob er es ernst gemeint hat.

RhÄ: *Manch ein Stadtteil droht zu einer arztfreien Zone zu werden. Was läuft schief?*

Steffens: Das ist ein Problem, solange es für Ärztinnen und Ärzte in diesen Stadtteilen keine Sicherstellungszuschläge gibt, solange es dieses Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung gibt und es eben Stadtteile gibt, in denen die Bevölkerung eine hohe gesundheitliche Belastung aufweist. Hier werden wir auch über Verhältnisprävention reden müssen.

RhÄ: *Im Herbst 2010 warben Sie in unserem Blatt für ein „neues Miteinander von Niedergelassenen und Kliniken“. Wie fällt Ihr Fazit nach dreieinhalb Jahren Regierungserfahrung aus?*

Steffens: Wir haben im Gemeinsamen Landesgremium nach Paragraph 90a SGB V gemeinsam ein Konzept für einen Überleitungsbogen entwickelt. Dieser wird gerade erprobt. Wir entwickeln gemeinsame, sektorübergreifende Versorgungskonzepte für pflegebedürftige Patienten, ebenso versuchen wir dies für die ambulante stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Ich freue mich zu sehen, dass sowohl die Krankenkassen als auch Kliniken und Niedergelassene diesen Weg gemeinsam zu gehen bereit sind. Leider ist unser Spielraum auf Landesebene zu gering.

RhÄ: *Inwiefern?*

Steffens: Ich möchte im Gemeinsamen Landesgremium zum Beispiel zur Behandlung psychisch Kranker mit allen Akteurinnen und Akteuren sektorübergreifende, regionalisierte Versorgungsketten mit eigenen Budgets vereinbaren können. Am Beispiel des Paragraphen 116b SGB V und der gerade verabschiedeten Richtlinie des G-BA zur Behandlung von Menschen mit Tuberkulose sehen wir ja, wie lange es dauert, bis die Akteurinnen und Akteure in Berlin in einzelnen Indikationen zu Vereinbarungen kommen. Wir brauchen Strukturen und Entscheidungskompetenzen, die vor Ort schnelle Reaktionen möglich machen.

RhÄ: *NRW ist traditionell Gewerkschaftsland. Schwarz-Rot möchte Spartengewerkschaften wie dem Marburger Bund den Garaus machen. Reibt sich der Uniklinikarbeitsgeber NRW still und heimlich die Hände?*

Steffens: Nein, da reibt sich hier niemand die Hände. Natürlich stellt sich immer die Frage, wie viel Tarifpluralität sinnvoll ist. Der Marburger Bund ist in der Vergangenheit ein wichtiger Akteur gewesen, der bedeutende Impulse gegeben hat. Wir in NRW können keinen Einfluss nehmen, das ist eine Entscheidung auf Bundesebene. Ich bin mir aber sicher, dass sich der Bund eine blutige Nase holen wird.