

Gesundheitsminister Laumann lockt Kliniken mit frischem Geld für Strukturreformen

Auf der 15. Ergebniskonferenz der Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW warnt der alte und neue Landesgesundheitsminister vor einem hausärztlichen Versorgungsnotstand in den ländlichen Regionen. Bei einem Verhältnis von 6.500 Einwohnern auf einen Hausarzt, wie an seinem Wohnort zu beobachten, könne man nicht mehr von „Versorgung“ reden, sagte Karl-Josef Laumann bei der Veranstaltung im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft. Die Kliniken sehen sich auch ab 2020 außerstande, die Personalvorgaben der Qualitätsrichtlinie für Frühgeborene einzuhalten.

von Bülent Erdogan

O b das, was Karl-Josef Laumann (CDU), seit Sommer dieses Jahres erneut Landesgesundheitsminister, Mitte Oktober im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft vortrug, mit dem Superlativ der „Brandrede“ über das Gesundheitssystem des größten Bundeslandes etikettiert werden kann, oder als geschickte Abrechnung mit der rot-grünen Vorgängerregierung, mag dahingestellt sein. Die Kulisse jedenfalls, die sich der Minister für seine Ausführungen ausgesucht hatte, die mittlerweile 15. Ergebniskonferenz Qualitätssicherung (QS) NRW, bei der es in erster Linie um die neuesten Entwicklungen in der externen stationären Qualitätssicherung im Land ging, ließ die Botschaften besonders laut widerhallen. Und natürlich lässt sich das Thema Qualität der Versorgung nicht trennen von den Rahmenbedingungen, unter denen Ärzte und Pflegekräfte für ihre Patienten da sind.

„Wir haben in Nordrhein-Westfalen in Wahrheit seit ganz langer Zeit keine effektive Krankenhausplanung mehr“, läutete Laumann seinen politischen Parforceritt durch das NRW-Gesundheitswesen ein: Der letzte Gesundheitsminister, der „noch wirklich Krankenhausplanung“ betrieben habe, sei der Sozialdemokrat Friedhelm Farthmann (Minister von 1975 bis 1985) gewesen. „So lange ist das her.“ Laumann kritisierte Blockaden bei den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über

die regionale Umsetzung des Krankenhausplans. Es gebe Planungsbezirke, in denen sich die Verhandlungen seit sieben, acht Jahren hinzögen. „Da wird in Frage gestellt, da wird sich quergestellt, mal sind es die Krankenkassen, mal sind es die Krankenhäuser.“ Verhandlungen zur Umsetzung des Krankenhausplanes sollen daher künftig mit einer Frist von sechs Monaten versehen werden, nach der dann die Landesregierung die Entscheidung an sich heranziehen kann. Laumann: „Wir setzen weiterhin auf Konsens in den 16 Planungsregionen. Aber nicht auf Konsensverhandlungen bis in alle Ewigkeit.“

Das Krankenhausbett als Planungsgröße hat für Laumann ausgedient. Das Augenmerk

werden für Kliniken einer Region, die miteinander und mit der Landesregierung ein Konzept für die Versorgung der Bevölkerung erarbeiten. Laumann: „Denn wir haben natürlich auch deswegen Probleme beim Fachpersonal sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich, weil wir eine Übermöblierung der Krankenhausstrukturen zumindest in bestimmten Ballungsgebieten in Nordrhein-Westfalen haben. Und das müssen wir verändern.“

Von einer Konsolidierung der Kliniklandschaft nach dem Pleite-Prinzip hält Laumann nichts. Da werde dann zunächst zum Beispiel am Weihnachtsgeld gekürzt, ehe die Klinik irgendwann doch schließen



Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU): „Spätestens bei der nächsten Landtagswahl wird die Frage der ärztlichen Versorgung auf dem Land das politische Megathema sein.“

Foto: MAGS NRW

der Gesundheitspolitik müsse auf Strukturveränderungen in der Kliniklandschaft liegen, sagte der Minister, und führte weiter aus, nun sei Mut gefragt, „Schritt für Schritt“ zum Beispiel die Etablierung von Zentren in der stationären Versorgung voranzutreiben, wie es sie mit den Brustzentren und Kinderonkologischen Zentren bereits gibt. Die Bedingungen dafür, mit einem Landes-Siegel als „Zentrum“ werben zu dürfen, sollen in den kommenden beiden Jahren erarbeitet werden. Wichtig sei, dass sich der Bürger in NRW sicher sein könne, dass dort, wo „Zentrum“ draufstehe, auch ein besonderes Versorgungsniveau sichergestellt werde.

Die Finanzierung des Strukturwandels soll mit zusätzlichem Geld erfolgen. Zusätzlich zu den 530 Millionen Euro in der Pauschalförderung, bei der es bleiben soll, sollen daher Mittel zur Verfügung gestellt

müsse. „Das ist ein Prozess, der ist grausam.“ Wenn man eine Struktur nicht mehr brauche, müsse man ehrlich sein und mit den Betroffenen und der Bürgerschaft nach Lösungen suchen, sagte Laumann.

Als besorgniserregend wertet Laumann die Situation in der hausärztlichen Versorgung. Die Politik habe „die Katastrophe“ kommen sehen und in den vergangenen sieben Jahren auch diskutiert, passiert sei indes nichts, und das, obwohl bekannt sei, dass es mindestens zehn Jahre dauere, bis junge Menschen die Ausbildung und Weiterbildung zum Hausarzt durchlaufen haben. Laumann: „Die Situation, was die hausärztliche Versorgung angeht, wird eskalieren. Das wird kein Mensch mehr verändern.“ Nach wie vor würden weit weniger Hausärzte jährlich neu ihre Tätigkeit aufnehmen als Kollegen aus Altersgründen ihren Kittel an den Nagel hängen.

Die Hälfte aller Hausärzte in NRW sei heute älter als 60 Jahre alt, sagte Laumann. Er selbst wohne in einem Ort mit 6.500 Einwohnern, dort sei heute nur noch ein Hausarzt tätig. „Da kann ich nicht mehr von Versorgung reden. Das ist keine Versorgung“, sagte Laumann. „Und ich sage Ihnen voraus: Spätestens bei der nächsten Landtagswahl wird die Frage der ärztlichen Versorgung auf dem Land das politische Megathema sein. Und wenn wir meinen, wir können das nicht lösen, dann werden die Menschen das lösen, indem sie das System zum Teufel jagen: sowohl das politische wie auch das Kammer-system wie auch das KV-System.“

Eine Antwort auf den Hausarztmangel soll nach dem Willen von Laumann die Etablierung von Lehrstühlen an allen NRW-Unikliniken geben. Darüber hinaus soll auch die neue Medizinische Fakultät in Bielefeld mit einem Schwerpunkt auf Allgemeinmedizin aufgebaut werden. Zudem soll eine Landarztquote für die Allgemeinmedizin geprüft werden. Laumann: „Die Menschen, die Landarzt werden wollen, die gibt es.“ Schließlich wolle er sich auf Bundesebene für eine Regelung einsetzen „und alles daran setzen“, dass Kliniken auch in die hausärztliche Versorgung eintreten können, wenn die Versorgung der Bevölkerung in einer Region anderenfalls nicht mehr sichergestellt werden kann, sagte Laumann. Die Strukturen müssten sich an den Bedürfnissen der Kranken orientieren und nicht die Kranken an den Strukturen.

„*Mit der Qualitätssicherung sind wir in NRW auf einem guten Weg*“

„Gesundheitsversorgung findet regional statt, sie braucht regionale Strukturen, regionale Expertise und Menschen, die sie in der Region gestalten. Ich glaube, dass wir mit der Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen auf dem richtigen Weg sind“, sagte Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein. „Ein gutes aktuelles Beispiel ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten zur Umsetzung der Vorgaben zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene.“ Dabei hänge Qualität in einem hohen Maße von der Anzahl und Qualifikation der im Gesundheitswesen tätigen Menschen ab, „diese Menschen kann man nicht allein durch Personalvorgaben in Richtlinien herbeizaubern“, sagte Henke.

Besagte Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene (QfR-RL) sieht

zwingend einzuhaltende Betreuungsschlüssel vor. Eigentlich sollte die Richtlinie Anfang des Jahres 2017 voll zur Anwendung kommen. Nach heftigen Protesten (*wir berichteten im RA 12/2016: „Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Zeichen stehen auf Umbruch“*) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Übergangsfrist noch einmal verlängert, und zwar bis Ende 2019. Kliniken, die den Anforderungen nicht nachkommen können, dürfen weiterhin an der Versorgung teilnehmen, müssen sich aber beim G-BA melden. Henke mahnte ein praktikables Vorgehen an: „Zu guten Konzepten zu finden, die hier Lösungen ermöglichen, ist eine der großen Herausforderungen, vor der wir stehen und die wir am besten und im Dialog miteinander lösen können.“

Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW und Vorsitzender des Lenkungsausschusses NRW von QS-NRW, zeichnete in Düsseldorf drei Dimensionen des Dialogs um die Qualität und Sicherheit in der Versorgung nach: erstens den Dialog als Mittel der QS, zum Beispiel mit dem sogenannten Strukturierten Dialog, zweitens den Dialog darüber, was gute Qualität in der Versorgung ausmacht, und drittens den Dialog über die Institution der Qualitätssicherung selbst. „Das Ziel des Dialogs ist nicht Unterwerfung oder Sieg, auch nicht Selbstbehauptung um jeden Preis, sondern gemeinsame Arbeit in der Methode und in der Sache“, zitierte Blum einen Ausspruch des ehemaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker (1920 – 2015).

Mit Blick auf die QfR-RL zitierte sich Blum selbst und bekräftigte seine Einschätzung an gleicher Stelle vom Vorjahr, wonach die bundesweit etwa 170 betroffenen Perinatalzentren die Personal-Vorgaben auch nach Ablauf der verlängerten Übergangsfrist Ende 2019 wohl nicht werden einhalten können. Leitende Ärzte hätten dann „die Wahl zwischen Pest und Cholera“, also zwischen unterlassener Hilfeleistung oder (bei notfallmäßiger Aufnahme „im schlimmsten Fall“) einem Übernahmeverschulden zu entscheiden, wenn nicht genügend Mitarbeiter, zum Beispiel über das Schichtende, zur Verfügung stehen. „Wir können, wir dürfen die Mitarbeiter damit nicht allein lassen.“

Im Mittelpunkt der Qualitätssicherung müsse die Frage nach dem übergeordneten Ziel sein, das gesundheitlich nicht nur für den einzelnen Patienten, sondern auch für eine Population regional erreicht werden kann, forderte Regina Behrendt von der Verbraucherzentrale NRW. Leider bringe das

DRG-System an den Kliniken systemimmanente, potenziell nachteilige Wirkungen mit sich. Jede Pauschalvergütung setze den Anreiz, bei begrenzten Einnahmen möglichst wenig Aufwand bei möglichst großer „Stückzahl“ zu treiben. Darüber hinaus gebe es weitere Finanzierungsprobleme. Die Folgen jeglicher Fehlsteuerung müssten aber innerhalb des DRG-Systems aufgefangen werden. Als positive Effekte der Anfang 2017 eingeführten elf sogenannten Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QI) in den Bereichen Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mammachirurgie nannte Behrendt die Bereitstellung zeitnaher Daten, eine zusätzliche Transparenz (auch für die Krankenhausplanung) und bessere Informationsbasis für einweisende Ärzte. Für die Patienten müsse sich indes erst erweisen, wie verständlich diese Plan-QI sein werden.

„*Schlechte Qualität darf auf Dauer nicht bestehen bleiben*“

Behrendt sprach sich gegen Abschlüsse im Rahmen eines „Pay for Performance“-Gedankens (P4P) aus, auch weil nicht ausgeschlossen sei, dass Patienten für Abschlüsse seitens der Klinik an anderer Stelle im übertragenen Sinne in Haftung genommen werden. „Schlechte Qualität darf auf Dauer nicht bestehen bleiben“, forderte die Verbraucherschützerin die Herausnahme solcher Kliniken aus dem Krankenhausplan.

Die Einführung von Selektivverträgen in der endoprothetischen Gelenkversorgung, der Respirator-Entwöhnung, beim postoperativen Delir und der Versorgung von Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung sei sehr beachtlich, da erstens diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren vorgesehen seien und zweitens vulnerable Patientengruppen mit ihren besonderen Bedürfnissen in den Fokus genommen würden. Was sich im Selektivvertragsbereich bewähre, dürfe der Allgemeinheit nach einer Probephase allerdings nicht vorenthalten werden. Insgesamt handele es sich bei diesem Bereich für die Patienten um eine „Blackbox“.

Behrendt warnte vor einer Überforderung der Patienten, wenn diese sich irgendwann angesichts einer Fülle von Selektivverträgen vor die Frage gestellt sehen könnten: „Habe ich nicht nur das richtige Krankenhaus, sondern habe ich auch die richtige Krankenkasse gewählt?“ **RA**