

7.650 News Politik

Politik

Steffens fordert bundesweiten Personalschlüssel für Krankenhäuser

Sonntag, 30. März 2014



Barbara Steffens dpa

Essen – Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne) hat sich für einen einheitlichen Personalschlüssel in Krankenhäusern ausgesprochen. Es müsse „auf Bundesebene ein Personalbemessungsinstrument“ eingeführt werden, verlangte Steffens. Zugleich müsse aber auch die Refinanzierung gesichert sein, betonte sie auf dem Kongress „Der alte Mensch im Krankenhaus – Geriatrienetz Ruhrbistum“ in Essen.

Die Ministerin sagte dies mit Blick auf die steigende Zahl alter und hochaltriger Patienten im Krankenhaus. „Für diese Personengruppe ist menschliche Zuwendung das A und O“, erläuterte Steffens. Wenn Patienten sediert und fixiert würden, allein um reibungslose Abläufe mit wenig Personal zu ermöglichen, sei das nicht akzeptabel. „Wir haben eine veränderte Patientenstruktur“, so die Ministerin. Darauf sei das „alte System Krankenhaus“ aber bislang nicht eingestellt.

Der [Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2015 sieht unter anderem eine Stärkung der geriatrischen Angebote](#) vor. Steffens wies aber darauf hin, dass auch die Qualität gewährleistet sein müsse. „Nicht überall, wo man Geriatrie drauf schreibt, ist auch Geriatrie drin.“

Matthias Mohrmann, Vorstand AOK Rheinland/Hamburg, sieht ebenfalls das Problem einer wachsenden Zahl geriatrischer Angebote mit fragwürdiger Qualität. „Man kann nicht überall geriatrische Abteilungen einrichten, um den Bestand eines nicht rentablen Hauses zu sichern“, kritisierte Mohrmann auf dem Kongress der Kosmas und Damian GmbH, einer Entwicklungsgesellschaft für die [katholischen](#) Krankenhäuser im Bistum Essen. Im stationären Sektor ist Mohrmann zufolge eine gewisse Bereinigung notwendig, denn die derzeitigen Krankenhausstrukturen seien nicht mehr zeitgemäß.

© BH/aerzteblatt.de

Geriatler bewerten Krankenhausplan NRW als "Durchbruch für die Altersmedizin"

Freitag, 2. August 2013

Köln - Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) hat den nordrheinwestfälischen Krankenhausplan 2015 als "Durchbruch für die Altersmedizin" gelobt. Laut dem jetzt in Kraft getretenen Krankenhausplan werden die geriatrischen Bettenzahlen im größten deutschen Bundesland um 13,3 Prozent auf 4.653 deutlich steigen. Zudem werden Kliniken verpflichtet, bei Übernahme eines Patienten über 75 Jahren ein geriatrisches Screening durchzuführen. Dementsprechend könne die medizinische Versorgung älterer Patienten individuell angepasst und deutlich optimiert werden, so die DGG.

Nach Ansicht von DGG-Präsident Ralf-Joachim Schulz sind bei der stationären Versorgung älterer Menschen zwei Aspekte besonders wichtig: "Erstens: Die frühzeitige Identifikation der Patienten, die von einer altersmedizinischen Behandlung profitieren und zweitens die Umsetzung der Qualitätsmerkmale in geriatrischen Netzwerken." Beide Aspekte würden im Krankenhausplan NRW 2015 erstmals umfassend berücksichtigt.

Insgesamt prognostiziert der Krankenhaus-Rahmenplan, dass 2015 etwa 114.000 Betten benötigt werden. Das sind etwa 10.000 Betten weniger als im Jahr 2010. In der Geriatrie wird jedoch die Bettenzahl um 618 Betten auf 4.653 aufgestockt. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird von der Regierung sogar ein höherer Bettenbedarf von insgesamt 5.197 Betten als realistisch angesehen.

"Wir werden in Zukunft immer mehr ältere Menschen behandeln, die Lebenserwartung steigt, der demografische Wandel ist in vollem Gange", unterstrich DGG-Präsident Ralf-Joachim Schulz. Er begrüßte, dass sich die Bedarfsplanung an der neuen demografischen Realität orientiere und äußerte die Hoffnung, dass sich diese Erkenntnis auch in anderen Bundesländern durchsetzen wird. "Der typische Patient der näheren Zukunft wird ein alter Mensch sein. Ein geriatrischer Patient", so der DGG-Präsident. © hil/aerzteblatt.de

Politik

Neuer Krankenhausplan: Weniger Chirurgie, mehr Psychiatrie

Dienstag, 23. Juli 2013



Barbara Steffens dpa

Düsseldorf – Die rund 400 Krankenhäuser in Nordrhein- Westfalen sollen mehr Behandlungskapazitäten in den Bereichen Altersmedizin und Psychiatrie aufbauen. Dagegen soll die Zahl der Betten in den chirurgischen Abteilungen, den Geburtsstationen und der Inneren Medizin deutlich gesenkt werden. Das sieht der von Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne) am Dienstag veröffentlichte neue [NRW-Krankenhausplan](#) vor.

Im Jahr 2015 sind demnach landesweit noch rund 124 000 Betten und Behandlungsplätze erforderlich, 10.000 weniger als im Jahr 2010. Das entspricht einem Kapazitätsabbau von neun Prozent. Den zahlenmäßig größten Abbau soll es in der Chirurgie geben, wo 5.200 von 33.000 Betten gestrichen werden könnten. In der Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist laut Plan fast jedes dritte der 9.300 Betten (2010) verzichtbar. Den größten Zuwachs sieht der Plan mit 2.300 zusätzlichen Betten für die Psychiatrie vor, in der es bisher 16.000 Plätze gibt.

Steffens betonte, das Gesundheitssystem solle konsequent daran ausgerichtet werden, was Patienten „tatsächlich brauchen“. So müsse künftig bei älteren Menschen, die ins Krankenhaus kommen, ein geriatrischer Handlungsbedarf abgeklärt werden. Jedem Patienten ab dem 75. Lebensjahr sollen dazu standardisierte Fragen gestellt werden, um Hinweise auf ein vermindertes Erinnerungsvermögen, eine Häufung von Krankheiten oder Hilfsbedürftigkeit im Alter zu erhalten. In der Altersmedizin soll die Bettenzahl um 450 aufgestockt werden. „Frühchen“ mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm sollen prinzipiell in Perinatalzentren zur Welt kommen.

Facharztstandard notwendig

Der Plan macht auch Vorgaben für die Kompetenz der Ärzte in den Krankenhäusern. So müsse in allen Fachabteilungen ärztliche Fachkompetenz jederzeit erreichbar sein. Der leitende Arzt müsse Facharzt sein, der Stellvertreter sollte Facharzt sein. Weitere Ärzte der jeweiligen Abteilung sollten mindestens Kenntnisse aufweisen, die dem Facharztstandard entsprechen.

Festlegungen für einzelne Krankenhäuser enthält der Plan nicht. Für die regionale Planung sind Krankenhausträger, Krankenkassen und Bezirksregierungen zuständig. Die [Krankenhausesellschaft NRW](#) (KGNW) forderte Augenmaß von Land und Kassen. Insbesondere Verschärfungen der personellen Anforderungen hätten eine große Auswirkung auf die flächendeckende Versorgung, erklärte Jochen Brink, Präsident der (KGNW).

„Die Umsetzung der Pläne für die Psychiatrie/ Psychosomatik und die Geriatrie wird Zeit brauchen, da noch zu klären ist, ob und in welchem Umfang die personellen Strukturen bereits vorhanden sind oder erst noch aufgebaut werden müssen. Funktionierende Verbünde und Kooperationen sollten nicht zerschlagen werden. Insgesamt sollten keine Kapazitäten abgebaut werden, die man später mühsam wieder aufbauen muss. Wir setzen auf den verantwortungsvollen Umgang des Gesundheitsministeriums als abschließender Entscheider“, so der KGNW-Präsident.

Die CDU warf Steffens vor, nicht für die notwendige Planungs- und Rechtssicherheit zu sorgen. Der Plan enthalte „einen unzuverlässigen Interpretationsspielraum“, bemängelte der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, Peter Preuß. Die Ministerin überlasse die Zukunft der kleineren Krankenhäuser den Budgetverhandlungen zwischen Trägern und Kassen. „Das ist vollkommen inakzeptabel.“ © [dpa/aerzteblatt.de](#)

7 Artikel im Heft, Seite 11 von 57

POLITIK

Krankenhausplanung: Die Marktkräfte zügeln

Dtsch Arztebl 2013; 110(13): A-591 / B-527 / C-527

Flintrop, Jens; Gerst, Thomas

Die Aufgabe der Länder, eine bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten, hat sich mit der Einführung des DRG-Systems verändert. Ein Blick nach Nordrhein-Westfalen, wo gerade ein neuer Krankenhausplan entsteht



Illustration: Fotolia/Dougilly

Am 7. März tagt in Düsseldorf der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Bei der Anhörung geht es ausschließlich um den vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium vorgelegten Entwurf des „Krankenhausplans NRW 2015“. Der große Sitzungssaal der CDU-Landtagsfraktion ist gut gefüllt, und schnell wird deutlich, wo die Interessengegensätze liegen: Gestritten wird nicht über den von der rot-grünen Landesregierung ins Auge gefassten Bettenabbau in Nordrhein-Westfalen (NRW), der laut Plan bis 2015 bei etwa neun Prozent liegen soll, sondern über die vorgesehene Implementierung einer flächendeckenden Qualitätssteuerung im bevölkerungsreichsten Bundesland.

Qualitätsvorgaben gehörten nicht zum Kerngeschäft der Krankenhausplanung auf Landesebene, argumentiert die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), bei der Anhörung vertreten durch ihren Präsidenten Jochen Brink. Im Vordergrund müsse die Planung der Kapazitäten stehen, die für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität sei Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Ganz anders sehen das die Ärztekammerpräsidenten in NRW. Für die Kammer Nordrhein betont Rudolf Henke im Landtagsausschuss, dass „man an der Planung von Qualitätskriterien nicht vorbeikommt, will man Einkaufsmodelle der Krankenkassen vermeiden“. Auch Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, bewertet Vorgaben zur Strukturqualität äußerst positiv – vor allem beim vorzuhaltenden fachärztlichen Personal einer Abteilung.

Die Diskussion im Düsseldorfer Landtag ist Beleg dafür, dass die Bundesländer ihre Aufgabe, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten, heute anders wahrnehmen (müssen) als noch vor einigen Jahren. Um zu verstehen, warum, lohnt ein Blick zurück:

Anfang der 70er Jahre setzte sich in der Politik die Überzeugung durch, dass der Staat die Investitionskosten und die Krankenkassen die laufenden Betriebskosten in den Krankenhäusern tragen sollen. 1972 goss der Gesetzgeber diese Vorstellung in ein Gesetz: das Krankenhausfinanzierungsgesetz. Die Krankenhausträger waren schon damals gegen diese „dualistische“ Finanzierung, weil eine staatliche Teilfinanzierung immer auch staatliche Eingriffe mit sich bringe. Genau das war auch das Ziel des Gesetzes: Die Krankenhäuser sollten, weil sie eben nicht dem regulären Marktmechanismus von Angebot und Nachfrage unterliegen, in eine auf Landesebene zu gestaltende Krankenhausplanung einbezogen werden. Die Finanzierung der Investitionskosten aus öffentlichen Mitteln sollte dabei das Vehikel sein, um eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung in der Praxis durchzusetzen und so einen „Wildwuchs“ im Krankenhausbau zu beenden.

Wettbewerb ausgerufen

Mit dem „Lahnstein-Kompromiss“ entschied sich die Politik dann aber, den steigenden Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 1993 mit einer prinzipiell wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitssystems zu begegnen. Zehn Jahre später (2003) wurde dann auch zwischen den Krankenhäusern der Wettbewerb ausgerufen: mit der Einführung des vollpauschalisierten Preissystems.

Das neue Abrechnungssystem auf Basis diagnoseorientierter Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) ist mittlerweile etabliert und hat die Krankenhauslandschaft massiv verändert; wenn auch bis heute nicht so viele Krankenhäuser vom „Markt“ gegangen sind wie prognostiziert. Dennoch schafft der Markt Fakten: Denn unabhängig von ihrem Versorgungsauftrag reagieren die Krankenhäuser im Wettbewerb sehr flexibel auf Nachfrageveränderungen und vor allem auch auf betriebswirtschaftliche Erkenntnisse – also beispielsweise darauf, dass die Erbringung bestimmter, hochspezialisierter Leistungen im DRG-System besonders lohnenswert ist und die anderer Leistungen weniger. Die Länder können in ihrer Planung vielfach nur noch nachvollziehen, wie sich die Krankenhauslandschaft verändert.

„Nicht nur das medizinisch Notwendige, sondern auch das, was lukrativ ist, bestimmen zunehmend die Zukunftsplanung von Krankenhäusern“, meint Michael Süllwold vom Verband der Ersatzkassen, Landesvertretung NRW. Krankenhäuser bauten ihr Leistungsspektrum sukzessive aus, steuernde Eingriffe des Ministeriums über Erlasse und Appelle verliefen aus Sicht der Kassen meist unbefriedigend. „Die Implantation von Defibrillatoren, komplexe gefäßchirurgische Eingriffe, kardiologische Spezialleistungen und die spezielle geriatrische Versorgung an kleineren Krankenhäusern sind keine Seltenheit“,

erläutert Süllwold – „aber leider unter Qualitäts Gesichtspunkten für die Patienten nicht unproblematisch“.

Das Angebot ist nicht optimal

„Wir haben zu Beginn der Beratungen zum Krankenhausplan festgestellt, dass die pretialen Anreize, das heißt die DRGs, und die Summe aller unternehmerischen Entscheidungen noch kein optimales Angebotsergebnis produzieren und auch nicht garantieren, dass die stationären Leistungen qualitätsgesichert sind“, sagt auch Dr. Wolfgang Klitzsch, Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein. Das Ergebnis auf dem Gesundheitsmarkt Krankenhausversorgung lasse zu wünschen übrig: „Wir haben jetzt die Erkenntnis, dass eine planerische Leistung des Staates mindestens auf der Ebene von Rahmenplanung notwendig ist, weil das Marktergebnis nicht befriedigend ist.“



Weniger Betten – die Kapazitäten in Nordrhein-Westfalen werden ab 2015 um neun Prozent reduziert. Der Abbau erfolgt in Bereichen, wo es ambulante Behandlungsalternativen gibt. In der Psychiatrie, Geriatrie und Neurologie steigen die Bettenzahlen. Das Bett als Bezugsgröße verliert jedoch prinzipiell an Bedeutung.

Wie andere Landesregierungen vor ihr, will sich NRW künftig auf eine solche Rahmenplanung beschränken. Dahinter steckt wohl auch die Überzeugung, dass eine Detailplanung wie früher den unternehmerischen Handlungsspielraum der Krankenhäuser im Wettbewerb unangemessen einschränkt. So werden in NRW künftig keine Teilgebiete in der Inneren Medizin und in der Chirurgie mehr ausgewiesen. Auch Abteilungen für Facharzt Kompetenzen wie Kardiologie, Nephrologie, Thoraxchirurgie oder Gefäßchirurgie werden nicht mehr gesondert geplant. Das Gleiche gilt in Bezug auf die Kapazitäten für schwer Brandverletzte, Epilepsiechirurgie, Frührehabilitation oder Schmerztherapie. Dabei geht das Gesundheitsministerium davon, dass die Krankenhäuser ein grundsätzliches Interesse daran haben, ihre innere Organisation beizubehalten: „Sie werden den Patienten weiterhin Schwerpunktangebote entsprechend der ärztlichen Weiterbildung machen“, heißt in einem Bericht des Ministeriums an den Gesundheitsausschuss. Sollten sich hier Defizite oder Fehlentwicklungen zeigen, werde die Krankenhausplanung steuernd eingreifen.

NRW als Vorreiter

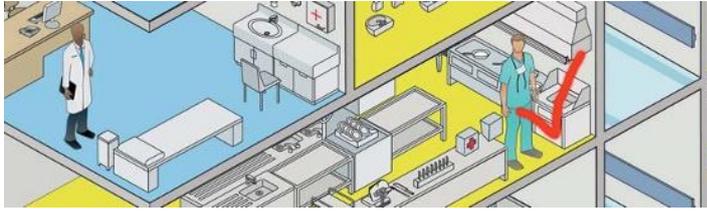
Grundsätzlich erleichtert der Rückzug der Länder aus weiten Teilen der Detailplanung jedoch den aus der DRG-Finanzierung resultierenden Drang der Krankenhäuser, sich aus wirtschaftlich unattraktiven Versorgungsbereichen zurückzuziehen und sich stattdessen auf besonders lukrative Leistungen zu konzentrieren. Um den Risiken zu begegnen, die sich aus dem verschärften Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und den ökonomischen Anreizen ergeben, geht die Tendenz in den Bundesländern dahin, den Krankenhäusern qualitätsorientierte Strukturvorgaben für die Erbringung von stationären Leistungen zu machen. „Nach Aufgabe der Detailplanung wird die Qualität der Krankenhausversorgung über definierte Strukturvorgaben gesteuert“, heißt es dazu im Bericht der NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens zum neuen Krankenhausplan: Damit werde auch der Gefahr eines Verlustes an Qualität in der Versorgung vorgebeugt.

Die Ministerin will die Qualität der Leistungserbringung in den circa 400 NRW-Krankenhäusern ab 2015 einerseits über detaillierte Vorgaben zur Strukturqualität in ausgewählten Bereichen sichern; dazu zählen die psychiatrische und psychosomatische Versorgung, geriatrische Angebote, Perinatalzentren, die Herzchirurgie, Stroke Units, Brustzentren, Transplantationszentren sowie die Palliativmedizin. Darüber hinaus werden aber auch für alle Bereiche geltende Strukturvorgaben gemacht. So legt der Plan die fachärztliche Mindestbesetzung für Abteilungen fest und gibt die Stellen- und Bettenzahl auf Intensivstationen vor. Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein unterstützt dieses Vorgehen ausdrücklich: „Wer in Zeiten eines verschärften Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern verhindern will, dass der Markt entscheidet, welche Krankenhäuser welche Leistungen anbieten, und wer die Planungskompetenz des Landes im Sinne der Daseinsvorsorge erhalten will, der kommt an Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung nicht vorbei“, betont Henke bei der Anhörung im NRW-Landtag.

Auch für den Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, Klitzsch, ist der Krankenhausplan NRW „eine Art Instrument, das über die Qualität die nicht befriedigenden Markteffekte nachkorrigieren hilft“. Die im Entwurf enthaltenen Bestimmungen zur Zahl von Fachärzten je Abteilung hält er dabei zunächst für wegweisend. Darin liege auch der entscheidende Unterschied zu den sukzessive in den vergangenen Jahren in den anderen Bundesländern beschlossenen Krankenhausplänen. Dort gebe es, wie jetzt auch für NRW geplant, für bestimmte medizinische Versorgungsbereiche eine selektive Qualitätssteuerung, aber eben keine Vorgaben für eine flächendeckende Strukturqualität. „Wir sind daran interessiert, dass diese Orientierung vorbildhaft in NRW funktioniert, damit andere Bundesländer dann auch den Mut haben, ihre Krankenhausphilosophie anzupassen.“

Über die Bestimmungen zur fachärztlichen Besetzung der Krankenhausabteilungen wurde im Landesausschuss für Krankenhausplanung von Beginn an kontrovers diskutiert. Waren dort zunächst „drei Fachärztinnen und Fachärzte des entsprechenden Gebietes“ gefordert, so liegt dem Landtagsausschuss am 7. März ein an dieser Stelle deutlich abgemilderter Entwurf vor. Nunmehr werden „drei Ärztinnen und Ärzte mit fundierten Kenntnissen und Erfahrungen im entsprechenden Gebiet“ verlangt. „Die Leitung muss Fachärztin oder Facharzt sein, die stellvertretende Leitung soll Fachärztin oder Facharzt sein. Für weitere Ärztinnen und Ärzte reicht der Facharztstandard aus.“ Mit dieser Festlegung zeigt sich Jochen Brink von der Krankenhausgesellschaft zufrieden. Bei der ursprünglich vorgesehenen Regelung hätte er angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktlage Probleme gesehen, Fachärzte in ausreichender Zahl zu finden – ganz zu schweigen davon, sie bezahlen zu können. In einer gemeinsamen Stellungnahme der Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein wird die Abschwächung bei der fachärztlichen Qualifikation hingegen bedauert. Zumindest der leitende Arzt/die

leitenden Ärztin und die jeweilige Stellvertretung müssten über eine der Fachabteilung entsprechende Facharztanerkennung verfügen, betonen die Kammern.



Flächendeckende Qualitätssteuerung – das Land NRW macht Vorgaben zur fachärztlichen Besetzung der Abteilungen. Der Entwurf wurde hier jedoch stark abgemildert.

Gleichfalls im Vorfeld kontrovers diskutiert und beherrschendes Thema der Anhörung im Landtagsausschuss waren die Vorgaben im Krankenhausplan zur Stellen- und Bettenzahl auf Intensivstationen. Folge man diesen Vorgaben eins zu eins, führte KGNW-Präsident Brink aus, müssten 22 Prozent der Intensivseinheiten in NRW geschlossen werden, da sie weniger als die Mindestgröße von acht bis zwölf Intensivbetten pro Einheit aufwiesen.

Intensive Diskussion

Besonders kritisch beurteilt Brink den Sachverhalt, dass im Krankenhausplan explizit die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen übernommen worden seien. Diese Empfehlungen seien auf Basis zweier eingeschränkt aussagekräftiger und zur zweifelsfreien Darstellung des aktuellen Stands der Wissenschaft und Medizin ungeeigneter Studien aus Italien und den USA formuliert worden, kritisiert die KGNW in ihrer Stellungnahme. Damit verknüpft gibt es grundsätzliche Erwägungen, inwieweit Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften generell für die Krankenhausplanung taugen. Die KGNW vermisst Aussagen über die Verbindlichkeit solcher im Entwurf genannter Empfehlungen und Richtlinien für die konkrete Krankenhausplanung.

Ministerin Steffens sieht hingegen in Bezug auf die DIVI-Empfehlungen keine Probleme. Hier werde im Krankenhausplan der Stand der medizinischen Wissenschaft dargestellt und keinesfalls eine Festlegung getroffen. Der KGNW sei wiederholt erläutert worden, dass die Fortentwicklung in diesem Bereich zu berücksichtigen sei. „Die Beschreibung eines bestehenden Qualitätsstatus hat auch keinen normativen Charakter“, stellt die Ministerin in einem Schreiben an die Präsidentin des NRW-Landtags fest.

Regionale Besonderheiten

Zugleich wendet sich Steffens gegen Befürchtungen, Vorgaben zur Strukturqualität könnten eine ausreichende medizinische Versorgung in bestimmten Regionen gefährden. „Die Berücksichtigung regionaler Abweichungen und Besonderheiten – vor allem im Sinne einer flächendeckenden Versorgung – war nicht nur in der Vergangenheit Praxis, sondern wird bedarfsgerecht auch in Zukunft erfolgen.“ Hier liegt sie auf einer Linie mit dem Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der bei der Anhörung davor warnt, kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen zu zerschlagen, wenn sie etwa den Empfehlungen der DIVI zum Vorhalten von Intensivbetten nicht vollständig folgen können. Hier liege nicht zuletzt auch die Zukunft der ambulanten Versorgung, argumentiert Windhorst. Würden diese

Strukturen zerschlagen, sei es schwer, diese wieder aufzubauen. „Wenn jedes fünfte Krankenhaus hier aus der Versorgung herausfällt, weil es die Norm nicht erfüllt, dadurch aber die Versorgung vor Ort gefährdet ist, dann muss ich im Extremfall eben 22 Prozent Ausnahmen genehmigen“, meint auch Thomas Fritz von der AOK Nordwest bei der Anhörung.

Ginge es nach dem Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, würde man neben dem Facharztstatus noch weitere Qualitätskriterien, etwa bestimmte Zertifizierungen, Mindestmengen oder das Vorhalten bestimmter flankierender Abteilungen, in die Krankenhausrahmenplanung einbauen. Er hofft auf eine „Veredelungsphase“ beim Krankenhausplan nach Abschluss der Anhörungen im Landtagsausschuss. „Nach zwölf Jahren kommt es jetzt auch nicht auf zwei Monate an. Diese wären sehr gut investiert, wenn man damit mehr Rechtssicherheit schafft, mehr Klarheit, mehr Orientierungsfakten für alle Beteiligten“, betont Klitzsch. Mit konkreter formulierten Qualitätsanforderungen könnte das Stress- und Konfliktniveau bei der regionalen Umsetzung in den bilateralen Planverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kassen reduziert werden. Hier wäre die Ärztekammer nach dem Inkrafttreten des NRW-Krankenhausplans, vermutlich im Frühsommer, gern vor Ort beteiligt.

Doch werden bei der unmittelbaren Umsetzung des Plans bis 2015 in den 16 definierten Versorgungsregionen die Kassen und Krankenhäuser wohl zunächst unter sich bleiben. Dass hierbei Krankenhäuser auf der Strecke bleiben, die für die Versorgung erforderlich sind, ist aber nicht zu erwarten. Dort, wo bestimmte Strukturqualitätsvorgaben nicht erreicht werden, wird es flexible Lösungen geben, wenn die medizinische Versorgung anderenfalls beeinträchtigt scheint. Und dort, wo sich Krankenhäuser aus weniger lukrativen Bereichen zurückziehen wollen, hat das Land angekündigt, steuernd eingreifen.

Das Beispiel NRW ist Indiz dafür, dass sich 41 Jahre nach Einführung der dualistischen Krankenhausfinanzierung und neun Jahre nach Inkrafttreten des vollpauschalisierten Preissystems in den Krankenhäusern eine neue Arbeitsteilung zwischen den Ländern und den Krankenkassen einspielt: Die Länder konzentrieren sich auf die Gewährleistung guter Qualität in den Kliniken. Die Frage des Bedarfs wird hingegen stärker als bisher auf regionaler Ebene von den Kassen mit den Krankenhäusern ausgehandelt. Indem die Länder Qualitätsvorgaben machen, sorgen sie für die notwendigen Leitplanken im Wettbewerb unter den Krankenhäusern.

Die Frage, ob die Länderbehörden überhaupt befugt sind, flächendeckende Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser zu machen, dürfte in Zukunft jedoch regelmäßig aufflammen. In NRW hat die Krankenhausgesellschaft dies jedenfalls erst akzeptiert, als deutlich wurde, dass die Vorgaben flexibel ausgelegt werden. Nicht zu unterschätzen ist in diesem Zusammenhang die Frage der Investitionsfinanzierung: Dort, wo die Länder ihren Verpflichtungen nicht mehr in ausreichendem Maß nachkommen, stellt sich jetzt schon die Frage nach den Kompetenzen der Länder in der Krankenhausplanung. Das Argument der Krankenhausgesellschaft, dass auch der G-BA Mindestanforderungen an die Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität definiert, wird man wohl noch öfter hören.

Jens Flintrop, Thomas Gerst

Ländersache

Die Krankenhauspläne der Länder enthalten in unterschiedlicher Weise Vorgaben zur Qualität der medizinischen Versorgung. Diese beschränken sich im Wesentlichen auf die Strukturqualität ausgewählter Fachgebiete oder Schwerpunkte. So gibt es beispielsweise in Bayern Vorgaben für die Palliativversorgung, Akutgeriatrie, Perinatalzentren, in Hamburg für die Herzinfarkt-, Schlaganfallversorgung, kindgerechte Krankenhausversorgung, in Rheinland-Pfalz für die Gefäßchirurgie, Stroke Units, Diabetologie, in Thüringen für Tumorzentren, stationäre Palliativeinheiten, Geriatrie, in Sachsen für spezialisierte kardiologische Leistungen, septische Chirurgie, Kinder- und Jugendmedizin.

3 Fragen an . . .

Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe



Was halten Sie von Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan?

Windhorst: Diese halte ich für dringend erforderlich, damit sich die Angebotspalette der Krankenhäuser nach der Qualität der Qualifikation richtet. Wir wollen einen Qualitätswettbewerb, und der geht nur mit qualifizierten Mitarbeitern. Deshalb müssen Fachabteilungen grundsätzlich auch den Mindestnachweis von zwei Fachärzten haben.

Können Sie sich noch zusätzliche Qualitätsanforderungen vorstellen?

Windhorst: Es geht um weitere Vorgaben zur Strukturqualität, wenn etwa Spezialabteilungen ein bestimmtes Portfolio erfüllen müssen. Angedacht ist, dass in hochspezialisierten Gebieten, etwa in der intervenierenden Kardiologie, drei Fachärzte mit Facharztstatus oder Facharztstandard vorgeschrieben werden. Denn hochspezialisierte Leistungen haben ein Komplikationsniveau, das einer aufwendigeren Versorgung durch Fachleute bedarf. Eine Prozessqualität ist ebenso zu fordern. Leitlinienorientierte Versorgungsabläufe brauchen empfehlende Vorgaben. Inwieweit dies umsetzbar ist, darüber muss intensiv diskutiert werden.

Bei der Krankenhausgesellschaft werden Sie damit nicht auf Begeisterung stoßen.

Windhorst: Die Krankenhausgesellschaft hegt natürlich keine große Sympathie für Eingriffe von außen in das Krankenhausmanagement. Aber sie muss akzeptieren, dass wir den Patienten in einem an Kosten orientierten System nicht in eine Qualitätsfalle laufen lassen. Unsere Aufgabe als Ärztekammer ist es, diese Qualitätsfalle zu vermeiden. Wir müssen auch über diesen Weg klarmachen, dass Weiterbildung nicht ein Abfallprodukt von Arbeit ist, sondern dass Qualität in der Weiterbildung sich für die Qualifikation der Ärzte auszahlt und die Qualifikation der Ärzte die Qualitätsversorgung der Patienten ausmacht. Das ist eine Kette, die man bei der Diskussion um Krankenhausabteilungen nicht vergessen darf.

