



ZOOMFAKTOR

GESUNDHEITSPOLITIK UNTER DER LUPE

Ausgabe 01/2017

„Die Krankenhausstrukturen sind die größte Baustelle“

Neuer „alter“ Gesundheitsminister in Nordrhein-Westfalen ist **Karl-Josef Laumann**. Er will vor allem den längst überfälligen Landeskrankenhausplan angehen und dafür sorgen, dass der sich abzeichnende Landarztmangel möglichst nicht auftritt oder zumindest abgemildert wird.

Herr Minister Laumann, von 2005 bis 2010 waren Sie schon einmal Gesundheitsminister in NRW. Inwieweit beeinflusst Ihre Tätigkeit als Patienten- und Pflegebeauftragter in Berlin Ihren Neustart im Amt?

Diese Aufgaben haben meinen Blickwinkel auf das Gesundheitswesen verändert. Der Patient steht ja leider viel zu oft noch nicht im Mittelpunkt des Interesses. Aber es muss darum gehen, die Menschen zu unterstützen – beispielsweise beim Behandlungsfehlermanagement.

Die Landesregierung will die Investitionsmittel für die Krankenhäuser im Land erhöhen. Wie viel Geld wollen Sie bereitstellen?

Im Rahmen des Nachtragshaushalts 2017 werden wir zusätzliche 250 Millionen Euro bereitstellen, um den Krankenhäusern schnelle Investitionen in die Infrastruktur zu ermöglichen. Das muss allerdings auch mit Strukturveränderungen einhergehen.

Das Krankenhausstrukturgesetz ist doch gerade einmal zwei Jahre alt aber es ist in den NRW-Krankenhausplan noch gar nicht eingeflossen. Der ist alles andere als aktuell. Wir müssen mit den Krankenkassen und Krankenhäusern darüber sprechen, wie wir zu einer konsequenten Krankenhausplanung kommen.

Was ist Ihr Ziel in der Sache?

Die Krankenhausstrukturen sehe ich als meine größte Baustelle im Bereich der

Gesundheitspolitik. Bisher hat man hier vor allem über Bettenzahlen geredet. Für mich kann ein Krankenhausbett aber nicht die alleinige Planungsgrundlage sein. Wir müssen über die Frage von Zentren und über Strukturen und Qualität als Maßstab der Krankenhausplanung sprechen. Ich habe festgestellt, dass es in NRW möglich ist, mit nur drei Transplantationen eines Organs im Jahr Transplantationszentrum zu sein. Ich würde auch nicht pauschal sagen, dass wir zu viele Betten haben. In manchen Bereichen brauchen wir angesichts der Alterung der Gesellschaft sogar mehr Kapazitäten. Am Herzen liegt mir auch eine bessere Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen. Hier gibt es neben gut organisierten Bereichen

„Ich habe überrascht festgestellt, dass es in NRW möglich ist, mit nur drei Organtransplantationen Transplantationszentrum zu sein.“

Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes NRW



GESUNDHEITSPOLITIK IN NORDRHEIN-WESTFALEN

- auch solche mit großen Problemen, zum Beispiel die Versorgung von Mukoviszidose-Patienten. Für sie und andere Menschen mit erheblich eingeschränkter Lebensqualität müssen ausgewiesene Versorgungszentren geschaffen werden.

Wie werden Sie die Hausarztversorgung sicherstellen?

Mittlerweile merken wir die Lücken – in ländlichen Gebieten mehr als in den Städten. Aber auch im Ballungsgebiet Ruhrgebiet haben wir wesentlich höhere Patientenzahlen pro Praxis als andernorts. In NRW bilden wir pro Jahr rund 2.000 neue Ärztinnen und Ärzte aus. Aber gerade mal zehn Prozent davon werden Allgemeinmediziner. Es gibt nach wie vor medizinische Fakultäten im Land, an denen es keine Professur für Allgemeinmedizin gibt. Deshalb haben wir im Koalitionsvertrag festgeschrieben, dass an jeder medizinischen Fakultät in NRW eine vollwertige W-3-Professur für Allgemeinmedizin etabliert werden soll. Zusätzlich gründen wir eine weitere medizinische Fakultät in Bielefeld. Ganz bewusst im Raum OWL, denn bisher ist die Zahl der Medizinstudienplätze mit 70 Prozent im Rheinland und nur 30 Prozent in Westfalen ungleich verteilt.

Setzen Sie auf eine Landarzt-Quote?

Bei den Bund-Länder-Verhandlungen über den Masterstudiengang Medizin 2020 hat man sich darauf verständigt, dass die Länder eine Landarzt-Quote einführen können. Das machen wir. Es gibt ja durchaus ausreichend Studienplatzbewerber, die Hausarzt werden wollen – auch in den ländlichen Regionen. Viele bekommen nur bisher keinen Studienplatz. Deswegen stelle ich auch die Abiturnote als allein entscheidendes Kriterium bei der Studienplatzvergabe infrage. Nur: Wer heute anfängt zu studieren, steht erst in frühestens elf Jahren für die Versorgung zur Verfügung. Bis dahin ist voraussichtlich jeder zweite Hausarzt bei uns in Rente gegangen.

Was können Sie akut tun?

Wir müssen im Land gemeinsam mit Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen dafür sorgen, dass alle Möglichkeiten zur Abwendung eines Ärztemangels genutzt werden. Die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe haben einen gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, sie müssen die ärztliche Versorgung organisieren und steuern.

Die niedergelassenen Ärzte in NRW fühlen sich bei der Honorarverteilung benachteiligt. Zu Recht?

In Westfalen-Lippe liegen wir fast sechs Prozent unter Bundesschnitt, im Rheinland sind es fast vier Prozent. Ich denke, es ist richtig, diese Benachteiligung zu korrigieren.

Lässt sich langfristig die medizinische Versorgung auch im entlegensten Bereich des Landes aufrechterhalten?

Es kann uns allen nicht daran gelegen sein, Versorgung zu ver-

schlechtern. Ich selbst lebe in einem Ort im Münsterland mit knapp 7.500 Einwohnern, in dem es nur noch einen Arzt gibt. Das ist ein unhaltbarer Zustand. Wir brauchen Allgemeinmediziner in der Fläche. Das ist Teil unserer Strukturpolitik.

Ärzte, Kassen und Kliniken diskutieren, wie man verhindern kann, dass immer mehr Patienten in die Notfallaufnahme der Kliniken gehen. Was ist Ihre Position?

Am besten funktioniert es derzeit dort, wo die KVen an einem Krankenhaus Notfallpraxen eingerichtet haben. Da kann schnell die Frage beantwortet werden, ob es um eine ambulante oder stationäre Behandlung geht. Ich werde in NRW mit den Beteiligten drüber reden, dass wir dieses Modell an möglichst vielen Orten so organisiert bekommen.

„Es kann uns nicht daran gelegen sein, Versorgung zu verschlechtern.“

Karl-Josef Laumann,
NRW-Gesundheitsminister

Digitalisierung ist das Top-Thema. Nur im Gesundheitswesen geht augenscheinlich nichts voran.

Das ist in der Tat eine traurige Geschichte. Das Gesundheitswesen ist der Wirtschaftsbereich, der Transparenz – also den gegenseitigen Austausch von Daten – mit am meisten fürchtet. Wir haben das E-Health-Gesetz auch gemacht, um die Beteiligten zur Zusammenarbeit zu zwingen. Es geht kein Weg daran vorbei, das Projekt zum Erfolg zu führen. Das

Speichern medizinischer Notfalldaten auf der Gesundheitskarte ist zum Beispiel ein notwendiger nächster Schritt. Für mich steht fest: Die Gesundheitskarte muss den Versicherten Transparenz verschaffen. Dazu gehört, dass der Patient selbstbestimmt auf seine Daten zugreifen können muss.

Sie waren maßgeblich an den Pflegereformen beteiligt. Sind Sie mit dem Ergebnis zufrieden?

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bewilligen inzwischen mehr Anträge. Davon profitieren gerade Menschen in der Anfangsphase von Demenz. Das ist gewollt und gut so. Von den neuen Betreuungsleistungen profitieren auch viele andere Pflegebedürftige. Diese Strukturen haben sich gut entwickelt.

Dagegen beklagen Sie eine „Diskriminierung der stationären Pflegeversorgung“.

Ich bin nicht der Meinung, dass ambulant vor stationär immer richtig ist. Allein die Pflegebedürftigen und ihre Familien entscheiden, wo sie in dieser Lebenssituation leben wollen. Wenn man sich nicht für eine Wohngruppe, sondern für eine stationäre Einrichtung entscheidet, ist das auch richtig. Die Pflegeversicherung muss die Leistungen da erbringen, wo jemand leben will. Deshalb brauchen wir in der Fläche gute Strukturen mit stationären und teilstationären Einrichtungen, Wohngruppen und mit ambulanter Pflege. ◀

Das Interview führte Thomas Rottschäfer

GESUNDHEITSPOLITIK IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

„Das kooperative Klima schätze ich sehr“

Schwarz, grün, gelb – so wird in Schleswig-Holstein regiert. Der neue Gesundheitsminister ist ein alter Bekannter: **Dr. Heiner Garg** hatte das Ressort schon von 2009 bis 2012 inne. Für die zweite Amtszeit hat sich der FDP-Mann viel vorgenommen.

Herr Dr. Garg, Entscheidungen stehen an. Eine Aufgabe besteht in der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land. Welche Konzepte haben Sie?

Die Versorgung mit ärztlichen Leistungen in Schleswig-Holstein ist auch auf dem Land gewährleistet. Aber sicherlich gibt es an der Westküste – in Nordfriesland, Dithmarschen und Teilen Steinburgs – wie an der Ostküste Regionen, wo man spürt, die Demografie macht auch vor der Ärzteschaft nicht halt. Virulent werden solche Probleme, wenn Kassenarztsitze unbesetzt bleiben. Ich sage seit 15 Jahren: Limitierender Faktor in der Versorgung sind weniger finanzielle Ressourcen. Limitierender Faktor sind personelle Kapazitäten.

Fehlendes Personal also?

Exakt. Das gilt auch für die Pflege. Der Fachkräftemangel ist eine gewaltige Herausforderung. Und ich warne davor, dass Politik so tut, als gäbe es irgendwelche Patentlösungen dafür.

Oft wird die Frage diskutiert, wie Ärzte und Pflegeprofis zu Patienten

kommen. Muss es nicht auch umgekehrt heißen: Wie bringt man Patienten zu Ärzten?

Vor allem sollten sich Kommunen zusammentun und überlegen: Wie sind wir geografisch angeordnet? Was für Angebote, von der Arztpraxis über die Kita bis zur Schule, haben wir? Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes 2012 haben Kommunen mehr Möglichkeiten, Kassenarztsitze zu übernehmen. In Büsum beispielsweise gehören Praxen und Arztsitze im Ärztehaus einer 100-prozentigen Tochter der Gemeinde. Zudem spielt die Verzahnung der Sektoren eine große Rolle in der Versorgungssicherung. Politik kann hier viel tun.

Was genau?

Sie muss Voraussetzungen schaffen, damit sich sektorenübergreifende Versorgung tatsächlich lohnt. Dafür sind die kaum zueinander passenden Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich zu synchronisieren.

Ein Therapieansatz, den CDU, FDP und Grüne im Koalitionsvertrag festgeschrieben haben, ist die Landarztquote: Bewerber, die sich verpflichten, als Ärzte auf dem Land zu arbeiten, sollen leichter einen Studienplatz bekommen. Fiel die Zustimmung dazu leicht?

Es gibt keine schwarze Landarztquote, keine gelbe Freiberuflichkeit, keine grüne Pflegekammer. Es gibt eine Jamaika-Gesundheitspolitik. Ich werde in Sachen Quote nichts tun, was gegen Verfassungsrecht verstößt. Das heißt: Erstens müssen verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Quote restlos ausgeräumt sein. Zweitens warte ich die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz ab. Und drittens tue ich nichts gegen den Willen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Ein Thema ist seit Jahren die Notfallversorgung. Bei der Diskussion geht es

„Der limitierende Faktor in der Versorgung sind weniger die Finanzen als die personellen Kapazitäten.“

Dr. Heiner Garg
Stellvertretender Ministerpräsident
und Minister für Soziales, Gesundheit,
Jugend, Familie und Senioren in
Schleswig-Holstein

Foto: Ralf Niemitz



GESUNDHEITSPOLITIK IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

- **nicht um die tatsächlichen Notfallpatienten, sondern um die, die in die Notaufnahme kommen, obwohl sie kein Notfall sind. Was ist zu tun?**

Wir sind in Schleswig-Holstein hier schon sehr weit. Sobald das vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erarbeitende gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme – vorliegt, muss die Kennzeichnung notfallversorgender Häuser im Landeskrankenhausplan erfolgen. Zweitens muss die Finanzierung gesichert sein. Das darf aber nicht auf eine bloße Umverteilung innerhalb eines Bundeslandes hinauslaufen. Zuschläge aus dem Stufenkonzept müssen zusätzlich ins Land fließen. Das Dritte ist der elektronische Kapazitätsnachweis. Er stellt sicher, dass der Rettungswagen über moderne Kommunikationsmöglichkeiten sofort das geeignete Krankenhaus ansteuert.

Braucht es integrierte Notfalleinheiten aus Ärzten und Kliniken?

Wir nennen das Portalpraxen und verstehen darunter die Möglichkeit, rund um die Uhr die klassische Triage, sprich Sichtung von Patienten vorzunehmen und zu sagen: Das ist ein Notfall, das ist keiner. Das ist derzeit nur eingeschränkt möglich. Wir wollen eine entsprechende Änderung des Sozialgesetzbuches V, sodass wir einen 24/7-Betrieb solcher Portalpraxen ermöglichen können.

Zu überzeugen sind hier auch Kliniken, Ärzte, Kassen. Richtig. Aber meine Partner in der Selbstverwaltung, Leistungserbringer wie Kostenträger haben versichert, dass sie die Notfallversorgung gemeinsam lösen wollen und können. Und zwar im Sinne einer intelligenten Steuerung der Patientenströme. Das kooperative Klima bei uns schätze ich sehr.

Ein heißes, weil emotionales Thema ist die Sicherstellung der Geburtshilfe. Wie wollen Sie es angehen?

Bei aller verständlichen Emotionalität sind auch Fakten wichtig. Erstens haben wir in Schleswig-Holstein nach wie vor eine Versorgungssituation, die sich wie folgt darstellt: Rund 99 Prozent der Bevölkerung erreichen eine Geburtsklinik oder Geburtshilfe innerhalb von 30 Minuten. Zu den Fakten gehört zweitens: Wir haben derzeit fünf Level-1-Perinatalzentren sowie jeweils drei auf Level 2 und Level 3. Hinzu

kommen neun Geburtskliniken, die eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen. Und ich sage auch: Bestimmte Qualitätsanforderungen sind notwendig und sinnvoll.

Ein gutes Stichwort, Herr Minister: Krankenhausstrukturen unter Qualitätsaspekten – wie wollen Sie beides voranbringen?

Wir brauchen eine Diskussion über Zentralisierung und Spezialisierung. Wir müssen uns ehrlich machen und zur Kenntnis nehmen, dass das begrenzt zur Verfügung stehende Fachpersonal optimal eingesetzt werden muss.

Haben Sie denn den Mut, eine Station oder sogar eine ganze Klinik im Land wegen Qualitätsmängeln dichtzumachen?

Vor Ihnen sitzt ein Minister, der bereits ein Krankenhaus geschlossen hat in seiner ersten Amtsperiode. Den Mut muss Politik haben. Wir wollen in Schleswig-Holstein ein Landeskrankenhausgesetz auf den Weg bringen, in dem der Parameter Qualität eine wichtige Rolle

spielt. Wir lassen die Kliniken beim Thema Qualität auch nicht allein und wollen – so ist es im Koalitionsvertrag vereinbart – die Investitionsmittel um rund 50 Millionen Euro aufstocken.

Die Zahl der an Diabetes erkrankten Menschen steigt auch im Norden. Lässt sich das noch aufhalten?

Wir sollten nicht vor einer Entwicklung kapitulieren, die auch ich erschreckend finde. Wir brauchen eine Trias aus Prävention, Aufklärung und Eigenverantwortung.

Mit der jüngst gestarteten Virtuellen Kinderambulanz für diabeteskranke Kinder geht das Land Schleswig-Holstein neue Wege in der Versorgung. Ein Vorbild für andere?

Das Projekt erspart jungen Patienten und ihren Eltern lange Anfahrtswege und viel Zeit. Außerdem erhöht es die Compliance, denn die Intervalle beim Aufsuchen des Arztes lassen sich mithilfe der virtuellen Ambulanz erhöhen. Kurzum: toll, ausbaufähig, nachahmenswürdig. Ich freue mich, dass die AOK NordWest als Partner an Bord ist. ◀

Das Interview führte Thomas Hommel

„Vor Ihnen sitzt ein Minister, der bereits ein Krankenhaus geschlossen hat.“

Dr. Heiner Garg
Gesundheitsminister in
Schleswig-Holstein

IMPRESSUM

ZOOMFAKTOR – Gesundheitsversorgung unter der Lupe: Hrsg.: AOK NordWest, Kopenhagenerstr. 1, 44269 Dortmund, Tel.: 0231 4193 0;
Redaktion: Bernd Haindl, Leiter des Stabsbereiches Politik der AOK NordWest (verantw.), Robin Halm, Thomas Hommel, Thomas Rottschäfer
Grafik: Anna Magnus Druck: Albersdruck; Verlag: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Tel.: 030 220 11-103
Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion; für unaufgefordert eingesandte Texte und Fotos keine Haftung.