

Trotz Atlas ein schlechter Beifahrer

Berliner Gesundheitspolitik fordert Qualität – und hat selbst Probleme damit



Dr. Hans-Albert Gehle
Präsident der Ärztekammer
Westfalen-Lippe

Die Älteren erinnern sich noch, wie Autofahrten in unbekannte Gefilde in den Zeiten vor Navi und Smartphone sicher ans Ziel führten. Auf einen guten Atlas kam es an, und, im besten Fall, auf kartenkundige Mitreisende auf dem Beifahrersitz. Nun sind Atlanten schon seit geraumer Zeit nicht mehr wirklich en vogue. Mancher mag sich deshalb wundern, dass die Such- und Findemaschine für Krankenhäuser, die Bundesgesundheitsminister Lauterbach im Mai unter großem medialen Getöse angeworfen hat, noch als „Atlas“ firmiert. Zumal sie das wichtigste Kriterium eines Atlases nicht erfüllt: Die Daten müssen stimmen. Doch das tun sie beim Bundes-Klinik-Atlas längst nicht immer.

Vier von fünf Kliniken, so meldete die Deutsche Krankenhausgesellschaft, werden im Klinik-Atlas mit falschen Daten aufgeführt, manchmal stimme noch nicht einmal die Adresse. Ein schwaches Bild, das sich mit fehlerhaften Angaben zu Fallzahlen und Personalausstattung fortsetzt. Auch bei der Darstellung vorhandener Qualitäts-Zertifikate hapert es. Die Zertifikate von ÄKcert®, der Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe, dokumentieren die Erfüllung von Qualitätsanforderungen in der Behandlung von Brustkrebs-Patientinnen, die strenger sind als bei anderen Qualitätssiegeln. Im Klinik-Atlas erfährt man allerdings nichts davon, denn die ÄKcert®-Zertifizierungen tauchen dort nicht auf. Gerade weil der Bundesgesundheitsminister so vehement mehr Transparenz in diesem Bereich eingefordert hat, ist es umso auffälliger, wie sehr er mit dem Klinik-Atlas hinter den eigenen Ansprüchen zurückbleibt.

Was Transparenz schaffen soll, sorgt deshalb eher für Verunsicherung bei Patientinnen und Patienten. Laienverständliche Informationen zu Krankenhäusern und der Qualität ihrer Leistungen gab es für sie schließlich auch schon vorher im Internet. So kommt einmal mehr Ärztinnen und Ärzten die Aufgabe zu, der Verunsicherung entgegenzuwirken, aufzuklären und auf gute Informationsangebote hinzuweisen. Auch die Macher des Bundes-Klinik-Atlas gehen übrigens lieber auf Nummer sicher. „Die Informationen dienen der Orientierung, können und sollen einen Arztbesuch oder eine persönliche Beratung durch andere Fachkräfte im Gesundheitswesen nicht ersetzen“, heißt es dort.

Während der Bundes-Klinik-Atlas als „lernendes System“ an Kinderkrankheiten herumkuriert, ist die nächste „Verschlimmberung“ im stationären Bereich schon in Sicht. Wieder geht es um Qualität: Die möchte Minister Lauterbach bekanntermaßen

verbessern. Im Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) kann seit einigen Wochen schon einmal besichtigt werden, wie er das Problem angehen will – und wieder sind Verwirrung und Verunsicherung die Folge.

Nordrhein-Westfalen und seine Krankenhausplanung, so hieß es einmal, könnten als Vorbild für eine dringend benötigte Krankenhausreform für ganz Deutschland dienen. Denn die Akteure in NRW, unter ihnen auch die Ärztekammern, haben eine Systematik von Leistungsgruppen erarbeitet, nach denen Versorgungsaufträge für Krankenhäuser vergeben werden. Sie ermöglichen einen Transformationsprozess, der qualitätsgesichert etablierte Versorgungsstrukturen bewahrt und gleichzeitig Raum für Verbesserungen eröffnet.

Selbstverständlich muss es in Berlin etwas Eigenes sein, oft genug verweist der Bundesgesundheitsminister darauf, dass es in den Ländern am wissenschaftlichen Fundament und an streng qualitätsorientiertem Vorgehen mangelt. Doch ein Vergleich der Qualitätskriterien aus der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung und dem KHVVG legt die Vermutung nahe, dass das „System NRW“ an der Spree wohl nicht richtig verstanden wurde. Die KHVVG-Qualitätsvorgaben verlangen teils Strukturen, die gar nicht existieren, teils liegen sie unter den NRW-Standards. Mal ergeben sie keinen Mehrwert für Patientinnen und Patienten, mal werden künstlich planerische Engpässe geschaffen, weil die für erforderlich gehaltenen Ärztinnen und Ärzte mit speziellen Qualifikationen in so großer Zahl in der Fläche kaum verfügbar sind.

Wie schon beim „Transparenzgesetz“ lohnt auch hier ein Blick aufs Kleingedruckte: Kein Wort dazu, wie künftig planerisch bedeutsame Leistungsgruppen nach Bundes-Vorgaben definiert werden sollen. In NRW war die ärztliche Weiterbildungsordnung eine Richtschnur für diese Arbeit – das Einbinden der Ärztinnen und Ärzte hat auf diese Weise letztlich ein Abbilden der Versorgungsrealität ermöglicht. Doch auf Realitäten scheint es gar nicht immer anzukommen. Vielleicht möchten die Berliner Reformer am Ende lieber eine algorithmische und starre Zuordnung von Fällen und Gruppen nach ICD, OPS und DRG? Dieser Weg führt in die Irre – auf dem Weg zu einer besseren stationären Versorgung ist der Bund derzeit ein denkbar schlechter Beifahrer.