

Krankenhäuser planen, Menschen mitdenken

Ärztinnen und Ärzte brauchen Transparenz über künftiges Leistungsportfolio ihrer Kliniken



Dr. Hans-Albert Gehele

Präsident der Ärztekammer
Westfalen-Lippe

Im Juni war die Katze aus dem Sack: Mit dem Versand der Leistungsbescheide hat das Landesgesundheitsministerium offengelegt, in welchen Leistungsgruppen die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen künftig tätig sein sollen. Wo fällt etwas weg, wer bekommt etwas hinzu? Die Post aus Düsseldorf hat erwartungsgemäß nicht überall für Freude gesorgt – auch die Ärztekammer ist in diesen Wochen gefragt, den Aufschlag zu einer konkreten Planung der stationären Leistungen im Land kritisch unter die Lupe zu nehmen.

Dabei hat die Kammer – noch läuft die Frist für Stellungnahmen – die Planungen des Landes zunächst unter dem Aspekt betrachtet, ob die entstehenden regionalen Versorgungsangebote medizinisch sinnvoll sind. Ist es beispielsweise zielführend, wenn Schlaganfallversorgung in operative und nicht operative Einheiten aufgeteilt wird? In manchen Fällen wird sichtbar, dass etwas fehlt, eine geeignete Kooperation könnte die Lücke schließen. Unter den ersten Leistungsgruppen, zu denen sich die Kammer geäußert hat, war die Geriatrie: Hier fanden sich kritische Momente, wenn beispielsweise die zurückzulegenden Distanzen für Patienten verlängert wurden.

Nicht verschwiegen werden soll: Die Kammer verfügt über umfangreiches Wissen zur regionalen Versorgungslage – die Bewertung der Leistungsplanung wäre jedoch einfacher, wenn ihr auch die „21er-Daten“ über die Leistungen der Krankenhäuser zur Verfügung stünden. Während das Land die vielfältigen Stellungnahmen zu seinem Planungs-Aufschlag sammelt, wird zudem sichtbar: Zur Bewertung aller Pro- und Contra-Argumente braucht es ärztlichen Sachverstand. Das Ministerium wäre gut beraten, hierfür auf bewährte Beratungsstrukturen zurückzugreifen, wie bereits in der Frühphase der Krankenhausplanung.

Krankenhausplanung muss nicht nur Ökonomie, sondern vor allem Menschen berücksichtigen. Neben den Patientinnen und Patienten geht es dabei immer auch um Ärztinnen und Ärzte. Schon jetzt äußern sich Kolleginnen und Kollegen besorgt, ob ihre ärztliche Weiterbildung auch in Zukunft gewährleistet werden kann. Wenn die Kompetenz für bestimmte Eingriffe zwar zum Erwerb einer Facharztqualifikation erforderlich ist, diese Eingriffe aber nur noch in spezialisierten Häusern erbracht wer-

den dürfen, wird es schwierig mit der flächendeckenden Facharztweiterbildung – ein Problem, das sich beispielsweise in der Orthopädie/Unfallchirurgie vermehrt stellen könnte. Hier muss das Land darauf achten, nicht leichtfertig die Qualifikationschancen für den ärztlichen Berufsnachwuchs zu kappen. Auch die Ärztekammer ist gefragt, gegebenenfalls die Weiterbildungsordnung anzupassen.

Unmittelbar betroffen von der Krankenhausplanung sind zudem Ärztinnen und Ärzte, deren Abteilungen sich nicht mehr in den aktuellen Leistungsbescheiden wiederfinden. Sie brauchen dringend Klarheit, wie es weitergeht. Dazu ist nicht nur die Politik, sondern sind auch die Krankenhausträger gefragt, Transparenz zu schaffen. Betriebsübergänge müssen gestaltet werden, doch dabei dürfen Ärztinnen und Ärzte nicht als „Personal-Verfügungsmasse“ angesehen werden. Die Kliniken bestehen vor allem aus Menschen: Auf dem Papier kann eine Abteilung leicht vom Krankenhaus A ans Krankenhaus B wechseln – werden Ärztinnen und Ärzte dabei aber nicht eingebunden, wechseln am Ende höchstens Mobiliar und Geräte den Standort.

„Was dürfen wir eigentlich noch machen?“ Das Land ist an der Reihe, auch die Inhalte der für die Planung benutzten Leistungsgruppen noch einmal deutlich zu machen und so Unsicherheiten auszuräumen. Es muss für alle nachvollziehbar eindeutig erklärt werden, was möglich ist und was nicht. Ein Beispiel: „Endprothetik“ nicht zu haben heißt für ein Krankenhaus mitnichten, dass dort eine Schenkelhalsfraktur nicht mit einer Frakturkopfprothese versorgt werden darf.

Während sich das Bild der neuen Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen langsam formt, bleibt ein großes Grundproblem: die „neue“ Finanzierung der Krankenhäuser. Die speziellen Leistungsgruppen, um die in diesen Wochen vielerorts gerungen wird, werden am Ende geschätzt nur ca. 15 Prozent aller Leistungen ausmachen. Deshalb sind nicht sie, sondern die übrigen 85 Prozent entscheidend für Arbeit und Überleben der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Wie auch immer das Finanzierungssystem für die stationäre Versorgung in Zukunft aussieht: Es muss ermöglichen, die Krankenhäuser mit diesen 85 Prozent auskömmlich zu finanzieren.