

„Wir müssen über Qualität sprechen“

Als Patienten- und Pflegebeauftragter der Bundesregierung hat **Karl-Josef Laumann** Akzente gesetzt. Seit Juni ist er zum zweiten Mal Minister für Arbeit und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen. Mit einem neuem Blickwinkel auf das Gesundheitswesen geht er auch die wichtigsten Aufgaben an: Klinikstrukturen und Hausarztversorgung.

Herr Minister Laumann, inwiefern beeinflusst ihre frühere Tätigkeit als Patienten- und Pflegebeauftragter der Bundesregierung jetzt Ihre Arbeit in Nordrhein-Westfalen?

Karl-Josef Laumann: Das hat meinen Blickwinkel auf das Gesundheitswesen verändert. Der Patient steht leider viel zu oft nicht im Mittelpunkt des Interesses. Aber es muss darum gehen, die Menschen zu unterstützen – beispielsweise beim Behandlungsfehlermanagement.

Im Wahlkampf haben sie mehr Landesgeld für die Krankenhäuser versprochen. Bleibt es dabei?

Laumann: Im Nachtragshaushalt für 2017 haben wir bereits zusätzliche 250 Millionen Euro als Soforthilfe bereitgestellt, um den Krankenhäusern schnelle Investitionen in die Infrastruktur zu ermöglichen. Mit dem Haushaltsentwurf für das Jahr 2018 wird die bisherige pauschalierte Förderung der Krankenhäuser fortgeführt und jeweils an die Kostenentwicklung angepasst. Zusätzlich sind rund 33 Millionen Euro für den Einstieg in eine neue Einzelförderung von Investitionen vorgesehen. Die Beträge für die Einzelförderung sollen gemäß der mittelfristigen Finanzplanung in den Jahren 2019 bis 2021 sukzessive auf 200 Millionen Euro (ab 2020) wachsen. Das muss allerdings auch mit Strukturveränderungen einhergehen.

Was ist Ihr Ziel in der Sache?

Laumann: Bisher ging es vor allem um die Bettenzahlen. Diese dürfen aber nicht primär im Fokus stehen. Wir müssen zusätzlich

über Zentren, Strukturen und die Qualität als Maßstab der Krankenhausplanung sprechen. So ist für mich nicht nachvollziehbar, dass man mit nur drei Transplantationen im Jahr Transplantationszentrum sein kann. Am Herzen liegt mir auch eine bessere Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen. Neben gut organisierten Bereichen gibt es hier einige Probleme, zum Beispiel die Versorgung von Mukoviszidose-Patienten. Für sie und andere Menschen mit erheblich eingeschränkter Lebensqualität wollen wir Versorgungszentren schaffen. Und was die Bettenzahlen betrifft – in manchen Bereichen brauchen wir wegen der Alterung der Gesellschaft sogar mehr und nicht weniger Kapazitäten.

Wie sieht es in NRW in Sachen Hausarztversorgung aus?

Laumann: Mittlerweile merken wir die Lücken – in ländlichen Gebieten mehr als in den Städten. Aber auch im Ballungsraum Ruhrgebiet haben wir wesentlich höhere Patientenzahlen pro Praxis als andernorts. Von rund 10.700 niedergelassenen Hausärzten in Nordrhein-Westfalen ist jeder zweite älter als 60 Jahre. Das ist ein unhaltbarer Zustand. Wir brauchen Allgemeinmediziner in der Fläche. Zwar bilden wir im Land jedes Jahr rund 2.000 neue Ärztinnen und Ärzte aus. Aber gerade mal 200 werden Allgemeinmediziner. Wir brauchen aber gut 500, um den Bedarf zu decken. Deshalb haben wir im Koalitionsvertrag festgeschrieben, dass an jeder medizinischen Fakultät in NRW eine W-3-Professur für Allgemeinmedizin etabliert werden soll. Zusätzlich gründen wir eine weitere medizinische Fakultät Ostwestfalen-Lippe mit 200 bis 300 zusätzlichen Studienplätzen.



Setzen Sie deshalb auf eine „Landarztquote“?

Laumann: Bei den Bund-Länder-Verhandlungen über den Masterplan Medizinstudium 2020 hat man sich darauf verständigt, dass die Länder eine Landarztquote einführen können. Das machen wir: Bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze werden für Studenten reserviert, die sich verpflichten, später als Hausarzt auf dem Land zu arbeiten. Es gibt ja durchaus ausreichend Bewerber, die genau das wollen. Nur bekommen viele bisher keinen Studienplatz. Deswegen stelle ich auch die Abiturnote als allein entscheidendes Kriterium bei der Studienplatzvergabe infrage. Nur: Wer heute anfängt zu studieren, steht frühestens in elf Jahren für die Versorgung zur Verfügung.

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

Laumann: In Westfalen-Lippe liegen wir fast sechs Prozent unter dem Bundesschnitt, im Rheinland sind es fast vier Prozent. Ich ermuntere dazu, dass diese Benachteiligung korrigiert wird.

Die Notfallversorgung steht auf dem Prüfstand, weil immer mehr Patienten in einer Notfallaufnahme versorgt werden. Was ist Ihre Position?

Laumann: Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser müssen die Notfallversorgung gemeinsam organisieren. Dann kann schnell entschieden werden, ob es um eine ambulante oder stationäre Behandlung geht. Ich werde mit den Beteiligten darüber reden, dass wir dieses Modell an möglichst vielen Orten so organisiert bekommen.

Warum geht die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen so schleppend voran?

Laumann: Das Gesundheitswesen ist ein Wirtschaftsbereich, der Transparenz – also den gegenseitigen Austausch von Daten – ganz besonders fürchtet. Wir haben das E-Health-Gesetz auch gemacht, um die Beteiligten zur Zusammenarbeit zu zwingen. Es geht kein Weg daran vorbei, das Telematik-Projekt zum Erfolg zu führen. Für mich steht fest: Die Gesundheitskarte muss den Versicherten Transparenz verschaffen. Dazu gehört, dass ein Patient selbstbestimmt auf seine Daten zugreifen kann.

Zur Person

Karl-Josef Laumann ist seit Juni 2017 Minister für Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen. Das Amt bekleidete der 60-jährige CDU-Politiker bereits von 2005 bis 2010. Von Januar 2014 bis zur Berufung in die CDU/FDP-Landesregierung war er Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung. Der gelernte Maschinenschlosser hat lange als freigestellter Betriebsrat gearbeitet, engagiert sich in der Katholischen Arbeitnehmerbewegung und ist seit 2005 Vorsitzender der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft CDA.

Sie waren maßgeblich an den Pflegereformen beteiligt. Ist der Start gelungen?

Laumann: Die Strukturen entwickeln sich gut. 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.

Dagegen beklagen Sie eine „Diskriminierung der stationären Pflegeversorgung“.

Laumann: Ambulant vor stationär ist nicht immer richtig. Allein Pflegebedürftige und ihre Familien sollen 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 Leistungen dort erbringen, wo jemand leben will. Deshalb brauchen wir in der Fläche gute Strukturen mit stationären und teilstationären Einrichtungen, Wohngruppen und mit ambulanter Pflege. ■

Die Fragen stellte **Thomas Rottschäfer**, freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik. **Kontakt: info@satzverstand.de**