

Länder in der Verantwortung

So ganz allmählich scheint es in den Ländern angekommen zu sein, dass es höchste Zeit ist, sich ernste Gedanken um die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung zu machen. Immerhin sind es die Länder inklusive der Landkreise und kreisfreien Städte, denen die Daseinsvorsorge für den Gesundheitsbereich obliegt. Gablers Wirtschaftslexikon nennt zur Verantwortung des Staates für die Daseinsvorsorge zwei Aspekte: 1. die Verantwortung zur Erbringung der Leistungen und 2. die Verantwortung, die für diese Leistungserbringung nötigen Infrastrukturen vorzuhalten bzw. diese zu implementieren. Allerdings muss der Staat die entsprechenden Leistungen nicht zwingend selbst erbringen.

Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister äußerte, dass es in NRW schon seit Langem keine konsequente Krankenhausplanung gebe. Dieser Befund ist übrigens kein Einzelfall und wurde für Nordrhein-Westfalen in einem vom dortigen Sozialministerium beauftragten Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ bestätigt, dessen wesentliche Ergebnisse im vergangenen Herbst veröffentlicht wurden. Danach ist die derzeitige Planungsmethodik (das Bett als zentrale Planungsgrundlage, wenig detaillierte Rahmenplanung, 16 Fachgebiete und 16 Versorgungsgebiete) nicht geeignet, um Krankenhauskapazitäten gezielt zu steuern. Die Gutachter schlagen darin auch eine neue Planungsmethode vor, die sicher noch intensiv diskutiert werden muss. Die Krankenhausplanung für ein Bundesland ist schließlich hochkomplex und hat weitreichende Folgen. Wir werden die Entwicklungen in unserem Nachbarland aufmerksam beobachten.

Dass auch die derzeitige Krankenhausfinanzierung nicht der Weisheit letzter Schluss sein kann, wie es die deutsche Ärzteschaft seit langem kritisiert, zeigt auch der kürzlich erfolgte Vorstoß von Heiner Garg, dem schleswig-holsteinischen Gesundheitsminister. Garg setzt sich für eine erlösunabhängige Basisfinanzierung der Krankenhäuser in Verbindung mit leistungsbezogenen Abrechnungen ein. Gleichzeitig sollen Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse, aber auch die krankhausplanerischen Entscheidungskompetenzen der Länder gestärkt werden. Wir werden auch hier die weiteren Diskussionen aufmerksam beobachten und unsere ärztliche Kompetenz einbringen.

An dieser Stelle schlage ich erneut vor, eine vergleichbare Lösung zur Finanzierung der Vorhaltekosten auch für die niedergelassenen Praxen, wenn diese für eine bedarfsgerechte Versorgung nötig sind, zu diskutieren.

Inzwischen ist auch die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem zu dem für uns Ärzte wenig überraschenden Ergebnis gekommen, dass eine einheitliche Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht empfehlenswert ist. Ohne auf die Empfehlungen der Kommission näher ein-

zugehen, fordere ich den Gesetzgeber auf, die von Ärzteschaft und PKV erarbeitete neue GOÄ endlich in Kraft zu setzen. Ein Minister, der in 20 Monaten 20 Gesetzentwürfe auf den Weg bringt, sollte damit keine Schwierigkeiten haben, denn die umfangreichen Vorarbeiten wurden ja bereits erledigt.

Vorarbeiten waren und sind auch für die neue Weiterbildungsordnung nötig, die voraussichtlich zur Jahresmitte in Kraft treten wird. Antworten auf die häufigsten Fragen geben Mitglieder des Weiterbildungsausschusses in diesem Heft.

Auch wenn beim Schreiben dieser Zeilen Ausdehnung und Verbreitung des neuen Coronavirus zum Zeitpunkt der Drucklegung natürlich noch unklar sind, möchte ich schon jetzt allen hessischen Kolleginnen und Kollegen danken, die im Umgang mit dieser neuen Fragestellung ein pragmatisches und sachlich besonnenes Verhalten zeigen und gezeigt haben. Dies hebt sich wohlthuend von dem medialen Hype, wenn nicht gar Hysterie ab, die sich leider auch bei den öffentlich-rechtlichen Sendeanstalten findet. Zu Unrecht gerät die Influenza, gegen die es bekanntermaßen eine Impfung gibt, mit bis zu 25.000 jährlichen Todesfällen in Deutschland darüber leider in den Hintergrund.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident