Vom wissenschaftlichen Institut zum integrierten Versorger

Das deutsche Gesundheitswesen bietet in Zukunft vor allem Umsetzungschancen und leidet nicht mehr an Erkenntnisdefiziten. Dieses Fazit aus wissenschaftlicher Tätigkeit, politischer Beratung und dem Betrieb eigener Kliniken gleichermaßen führt zur Neuorientierung der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG): Konzentration auf das tatsächlich Machbare. Für die GSbG als Krankenhausträger bedeutet dies, auch zukünftig intelligente Versorgungsmodelle zu etablieren. Denn hier besteht dringender Bedarf. Dagegen steht die GSbG nicht mehr für wissenschaftliche Studien, Publikationen und Beratungen zur Verfügung, betont Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschmann im Interview mit Dr. med. Uwe K. Preusker von „Klinik Markt inside" (KMi 11-2007).

KMi: 30 Jahre gesundheitsökonomische Forschung und Politikberatung, davon gut 20 Jahre selbstständig mit der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG – wie geht es weiter?

Rüschmann: Zur Umsetzung unserer Versorgungsmodelle schöpfen wir aus einem reichen Fundus an Erfahrungen, die wir mit unseren wissenschaftlichen Studien und den Politikberatungen über drei Jahrzehnte sammeln konnten. Für innovative Versorgungslösungen besteht dringender Bedarf, und über die eigene Trägerschaft und den Wissenshintergrund können wir hier schnell und zielorientiert handeln. Analysen, Studien, Beratungen und Vorträge haben ihr Gutes – aber im Grunde wissen die Verantwortlichen heute alles Notwendige über das Gesundheitswesen. Leider wirken die Erkenntnisse häufig als ungeliebte Aufforderungen, die dann in den Bücherregalen und Tresoren verschwinden. Unser Institut hat seinen wissenschaftlichen Beitrag in Deutschland geleistet und steht hierfür künftig nicht mehr zur Verfügung.

KMi: Was, Herr Rüschmann, macht Ihre Entscheidung so sicher?

Rüschmann: Unsere gesundheitsökonomische Tätigkeit auf dem Gebiet der Leistungsstrukturen und Finanzierungssysteme zeigt uns den Weg für das eigene finanzielle Engagement: Die qualitative Leistungserbringung muss für alle finanzierbar sein, wobei sich die Leistungsstrukturen nur über den Wettbewerb verbessern lassen. Hinter diesen beiden Aussagen verbergen sich sehr komplexe Fragestellungen und differenzierte Forschungserkenntnisse aus drei Jahrzehnten.

Der zentrale Patientenversorger ist das Krankenhaus

KMi: Können Sie Ihre Erfahrungen über Finanzierungssysteme und Leistungsstrukturen kurz zusammenfassen?

Rüschmann: Der zentrale Patientenversorger ist das Krankenhaus – und damit wichtigste Station in der Patientenkarriere. Diese zentrale Rolle rechtfertigt nicht die Überkapazitäten, die unser Institut in Gutachten zu Krankenhausplanungen in sieben Bundesländern und in der Schweiz deutlich gemacht hat. Das Krankenhaus positioniert sich über qualitativ hochwertige und effiziente Leistungen für den Patienten. Wir konnten zeigen, dass eine starke Positionierung über ein finanzielles Anreizsystem – verbunden mit engagierten und leistungsstarken Ärzten – möglich ist. Bereits 1985 haben wir in einer Augenklinik DRGs eingeführt. Die GSbG-Klinik Manhagen im nordöstlichen Umland von Hamburg hat 1991 Therapie-DRGs bzw. Patient Management Categories (PMCs) in der Orthopädie angewandt. Beide Kliniken sind High-Volume-Kliniken in ihren Fachgebieten. In Manhagen haben wir 1994/95 neue Wege über die Komplexpauschale für Totalendoprothesen mit Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation für alle GKV-Patienten beschritten und damit erhebliche Mitzieheffekte quasi als Vorläufer der heutigen Integrierten Versorgung bewirkt. Als Alternative zur Budgetierung haben wir in der Klinik Manhagen vor allem in der Augenheilkunde auf degressive Preissysteme gesetzt. Unsere Modellkliniken waren zuvorderst „Praxislabor" für unsere wissenschaftliche und gutachterliche Arbeit. Auf Bundesebene haben wir darauf aufbauend an der Kalkulation der Fallpauschalen für die Bundespflegesatzverordnung '95 mitgewirkt und ambulante Fallpauschalen für Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen kalkuliert. Zur Einführung der DRGs haben wir auf Wunsch der GKV das Kalkulationshandbuch für die DRGs mitgeschrieben.

Patientenkarrieren mit integrierter Versorgung optimieren

KMi: Aber der Patient braucht ja nicht nur „Krankenhaus" ...

Rüschmann: Die GSbG steht für Integrierte Versorgung hin zu abgestuften und vernetzten Versorgungssystemen, auch wenn wir um die Komplexität dieser Forderung wissen. Unsere wissenschaftliche Tätigkeit für fast alle Sektoren im Gesundheitswesen hat uns ermöglicht, auf Basis der hieraus gewonnenen Erkenntnisse neue regionale oder indikationsbezogene Versorgungsmodelle zu entwickeln und die Patientenkarriere zu optimieren. Vor zehn Jahren haben wir die Ersatzkassen bei der Errichtung der bundesweit ersten regionalen Versorgungsstruktur – das Modell Medizinische Qualitätsgemeinschaft MQR – unterstützt und die finanziellen Auswirkungen des Modells berechnet. Aufbauend auf diesen Erfahrungen haben wir für die AOK bei sieben regionalen Praxisnetzen sektorenübergreifende Erfolgsrechnungen im Rahmen von Strukturverträgen realisiert. Bei weiteren integrativen Modellprojekten konnten wir eine deutliche Verbesserung der Leistungs- und Kostenstruktur für geriatrische Patienten, Tumor-Patienten oder Patienten mit chronischen Schmerzen nachweisen. Die gesammelten Erfahrungen haben dabei geholfen, die gesetzliche Verankerung der Integrierten Versorgung mit vorzubereiten. Wir haben den gesetzlichen Rahmen für die Klinik Manhagen konsequent genutzt und mit allen GKV-Kassen Modelle der Integrierten Versorgung für die Patienten in der Orthopädie/Unfallchirurgie und Augenheilkunde vereinbart. In der Zwischenzeit zählen 1.032 niedergelassene Ärzte und 147 Physiotherapie-Praxen zu den

Vertragspartnern. Als Ausweis hoher Patientenzufriedenheit konnten wir die jährlichen Fallzahlen von 1.352 im Jahr 1991 auf 13.422 im vergangenen Jahr verzehnfachen – das bedeutet: Jede elfte Operation Schleswig-Holsteins findet in Manhagen statt.

Spezialisierte High-Volume-Klinik bringt für alle Beteiligten Vorteile

KMi: Mit der Klinik Manhagen haben Sie Ihre Entscheidung zu Modellen in eigener Trägerschaft schon lange vorgebahnt ...

Rüschmann: In Manhagen machen wir die Erfahrung, dass eine spezialisierte High-Volume-Klinik für alle Beteiligten Vorteile bringt, also für Patienten, Krankenkassen, Krankenhausträger und Leistungserbringer. Wir konnten die Patientenabwanderung von Schleswig-Holstein nach Hamburg umkehren und die Patienten mit Integrierter Versorgung in Schleswig-Holstein behandeln. Im Wettbewerb können wir optimale Versorgung für Patienten in der GKV mitfinanzieren: Zum Beispiel implantieren wir grundsätzlich zementfreie Endoprothesen mit Mehrkosten von etwa 750 Euro pro Patient. Aus unserer Sicht sind Kappenprothesen bei Patienten unter 50 Jahren aufgrund längerer Haltbarkeit medizinisch indiziert und extrabeschichtete Endoprothesen bei Allergikern. Seit Gründung bewirkt die Gewährleistungshaftung in Manhagen, dass lediglich 0,4 Prozent der Fälle erneut stationär versorgt werden müssen. Unsere Klinik macht ambulante Versorgung sicher, da jeder Patient auch nach einer ambulanten Operation bei Bedarf eine Nacht in der Klinik bleiben kann, ohne dass zusätzliche Kosten für den Patienten und für die Krankenversicherung entstehen.

KMi: Was planen Sie für die Zukunft?

Rüschmann: Die Krankenversorgung in den ländlichen Regionen wie in Zentren beziehungsweise den Universitätsklinika bedarf struktureller Erneuerungen, um eine qualitative wie wirtschaftliche medizinische Versorgung am Wohnort auch in der Zukunft zu erhalten. Zentralversorger und fallzahlstarke Leistungserbringer in den ländlichen Regionen können mit ihren jeweiligen Stärken in der Patientenbehandlung kooperieren. Die Spezialisten kommen zu den Patienten „aufs Land" und nutzen das dortige Potenzial Integrierter Patientenversorgung. In diesem Sinne wollen wir die medizinische Versorgung in ausgewählten Regionen weiter verbessern helfen. Konkret beginnen wir in der Region Ahrensburg ein abgestuftes Versorgungsmodell als so genanntes „Trauma-Netzwerk Unfallchirurgie" aufzubauen. Wir haben mit dem Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg (Boberg) und dem Universitäts-Klinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck) bereits Verträge abgeschlossen und entwickeln das Trauma-Netzwerk entsprechend nationalen Forderungen für die Unfallchirurgie – dem Weiß-Buch 2006 – gemeinsam mit dem Sozialministerium Schleswig-Holstein, den Verbänden der Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburgs und Schleswig-Holsteins. Zentraler Inhalt der Kooperation ist, dass der Patient mit höchstmöglicher Professionalität behandelt wird. Das heißt einerseits, dass Ärzte an mehreren Orten arbeiten und andererseits, dass der Patient entsprechend seiner Erkrankung zum Ort bestmöglicher Behandlung verlegt wird. Voraussetzung hierfür sind die telemedizinische Vernetzung und übergreifende chef- und oberärztliche Rufbereitschaft zwischen den Kooperationspartnern. Der medizinisch sinnvolle Patientenweg muss über Leitlinien definiert sowie gleichzeitig finanzierbar und über finanzielle Anreize gestützt sein.

KMi: Dieses Engagement ist auf das Spannungsfeld zwischen Metropole und ländlichem Umfeld ausgerichtet – reizt Sie nicht auch ein Schritt „hinaus"?

Rüschmann: Wir möchten unsere Erfahrungen auch im internationalen Feld einbringen. Regierung und Experten aus Moskau sind auf uns zugekommen, um die orthopädische Versorgung in Russland verbessern zu helfen und breiten Schichten der Bevölkerung zu bezahlbaren Preisen zugänglich zu machen. Bisher fliegen Spitzensportler oder Funktionäre vielfach noch in die Schweiz, während die Bevölkerung weitgehend unterversorgt ist. Hierzu haben wir eine gemeinsame Träger- und Betreibergesellschaft gegründet. Wenn unser Modell mit den Partnern in Moskau an der dortigen Universität funktioniert, sollen die Menschen auch in anderen Ballungszentren Russlands mit weitergebildeten Operateuren auf höchstem Stand der Technik im neuen Finanzierungssystem operativ versorgt werden.

Die Wissenschaft funktioniert in Habilitations-Veröffentlichungs-Zyklen, die Politik im Wahlrhythmus

KMi: Wie kann man denn im Gesundheitswesen wirklich Veränderungen bewirken?

Rüschmann: An dieser Frage kann man resignieren oder es einfach vormachen. Die Wissenschaft funktioniert in Habilitations-Veröffentlichungs-Zyklen, die Politik im Wahlrhythmus – die Themen kehren mit neuen Modewörtern immer wieder zurück. Obwohl das Wohl der Patienten, der Bevölkerung oder Versicherten in aller Munde ist, steht häufig das persönliche Wohlergehen der Akteure im Gesundheitswesen im Vordergrund. Gerade deshalb verknüpfen wir die Eigeninteressen mit langfristig verbesserter Patientenversorgung. In unseren Modellkliniken werden die Finanzierungsanreize immer auf den Nutzen für den Patienten geprüft. Hierfür stehen beispielsweise die schon erwähnte Gewährleistungshaftung im Rahmen des Qualitätsmanagements, Spezialisierung über hohe Fallzahlen, Prämiensysteme, Nachkontrollen in der Klinik beziehungsweise Praxis und insgesamt hohe Investitionen in verbesserte Medizin-Technik. Die Kalkulation „kooperativer DRGs" für Kooperationsverträge zur medizinisch sinnvollen Patientenführung beispielsweise im Trauma-Netzwerk ist ebenso Teil dieser Philosophie.

KMi: Was sollte Ihrer Meinung nach Grundlage politischer Entscheidungen im Gesundheitswesen sein?

Rüschmann: Datentransparenz! Die GS_bG setzt sich für die Transparenz in der politischen Diskussion ein, das heißt Entscheidungen sollten auf Basis von validen Daten und Zukunftsszenarien getroffen werden. Trotz des Fortschritts in der Informationstechnologie laufen politische Entscheidungen vielfach antiquiert ab, da die Kräfte im Abstimmungsdickicht verbraucht werden, statt datenbasiert die möglichen finanziellen Auswirkungen zu erarbeiten. Die GS_bG hat begonnen, solche Datenbanksysteme in Deutschland im Rahmen der Krankenhausplanung aufzubauen; auch haben wir für Versicherungen Umverteilungen durch die Einführung der DRGs quantifiziert. Die Furcht vor den Ergebnissen und den Unannehmlichkeiten hat in Deutschland bisher immer über die Vernunft gesiegt. Deshalb sind wir froh, dass wir ein solches Instrument zur Krankenhausversorgung für den Kanton Bern in der Schweiz über ein nationales Kodierungssystem einzelpersonenbezogen haben entwickeln dürfen. Der Kanton Bern hat sich Methodik, Ergebnisse und Simulation zukünftiger politischer Entscheidungen zu Eigen gemacht und in seine umfangreiche Versorgungsplanung eingebunden. Mehr kann ein Gutachter nicht erreichen.

KMi: Noch eine persönliche Frage: Warum haben Sie den Sitz der Firma auf die Insel Sylt verlegt – das ist doch ein recht ungewöhnlicher Schritt?

Rüschmann: Ob vorher in Kiel und Hamburg oder jetzt auf Sylt, ich fühle mich im Norden und am Wasser zu Hause. Gesundheit bedeutet mehr Lebensqualität auch während der Arbeitszeit. So habe ich die Fahrtrichtung umgekehrt und fahre zu Terminen auf das Festland. Ich freue mich über die Kraft des Meeres, denn ich habe die besten Ideen unter dem weiten Himmel der Insel.

Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschmann
Kurhausstraße 1 | D-25999 Kampen (Sylt)
rueschmann@gsbg.de | www.gsbg.de
www.manhagen.de