



Zeitzeugen

Kein Saar-Krankenhaus soll geschlossen werden, Reform-Stau in Kliniken - Rüschemann-Gutachten gute Grundlage für die Diskussion, Mehr Wettbewerb um den Patienten - Bei der neuen Krankenhausplanung sind „Pflegetage“ kein entscheidendes Kriterium mehr (Saarbrücker Zeitung vom 26. September 2000)

Rüschemann-Gutachten gute Grundlage für die Diskussion Reform-Stau in Kliniken

— VON JOACHIM PENNER —

Die saarländische CDU-geführte Regierung hat politisch eine hohe Schlagzahl vorgelegt. Diese behält sie auch bei der Krankenhausplanung bei. Noch nicht ein Jahr nach der Amtsübernahme hat Gesundheitsministerin Regina Görner mit dem Gutachten von Professor Hans-Heinrich Rüschemann einen ersten Pflock eingerammt, um den politischen Entscheidungsprozess einzuleiten, der bis Ende des Jahres zu einem Ergebnis gebracht werden soll.



Man kann sich natürlich einerseits fragen, ob dieses Tempo angesichts der Brisanz und Bürgernähe des Themas angebracht ist. Andererseits hat sich an der Saar ein überdurchschnittlicher Reformstau eingestellt, der schnellstens abgebaut werden muss. Schließlich steht mit dem neuen Entgeltsystem der bundeseinheitlichen Fallpauschale der Henker für das traditionelle Krankenhauswesen schon vor der Tür. Dafür müssen sich die Saar-Krankenhäuser fit machen.

Das Problem des Saarlandes ist, wie der SPD-Landtagsabgeordnete Armin Lang in seiner Eigenschaft als Regionalchef der Ersatzkassen nicht müde wird zu betonen, dass die Menschen hierzulande zu oft und zu lange im Krankenhaus sind, und zwar mit der Folge, dass die Krankenhauskosten weit über dem Bundesschnitt liegen. Infolgedessen geht es bei der anstehenden Krankenhausplanung nicht allein darum, sich wie alle anderen auch auf das neue Entgeltsystem einzustellen, sondern auch darum, die Verhaltensweisen im Lande zu verändern. Das heißt indes nicht, dass es zu einem noch krasserem Stadt-Land-Gefälle kommt. Natürlich ist der Großraum Saarbrücken das Zentrum des saarländischen Krankenhauswesens, aber es muss für eine ausreichende

Grundversorgung im ganzen Land und für einen sachgerechten Ausgleich zwischen dem Universitätsklinikum in Homburg, das erstmals in eine Bedarfsplanung einbezogen wird, und dem Winterberg-Krankenhaus in Saarbrücken gesorgt werden, beides Häuser der so genannten „Maximalversorgung“. Schließlich ist eines klar: Die 650 Millionen Mark, die jährlich aus den Taschen bundesweiter Beitragszahler das Gesundheitswesen an der Saar subventionieren, sind auf Dauer nicht zu rechtfertigen.

Nun heißt Reform des Krankenhauswesens nicht automatisch Abbau einer großen Zahl von Betten und schon gar nicht das Entlassen von ein paar tausend Mitarbeitern. Die Bettenzahl, darin sind der Gutachter und Margit Conrad, Ärztin und stellvertretende SPD-Landesvorsitzende, einig, ist nicht das entscheidende Kriterium für die Neuausrichtung. Leistungswettbewerb um den Patienten ist angesagt: Es geht um Qualität.

So steht denn zumindest ein Gewinn der neuen Krankenhausplanung schon heute fest: der Patient. Er wird zukünftig, wenn die pauschalierten Entgelte greifen, nur noch unter Top-Angeboten wählen können, denn die Qualität wird im Krankenhaus deutlich steigen. Das bedeutet indes auch, dass an anderer Stelle umstrukturiert und gestrichen werden muss. Insgesamt scheint es parteiübergreifend zwischen CDU und SPD die Chance zu einem sachlich geführten Dialog zu geben. Das Experten-Gutachten bildet die Grundlage für eine solide Diskussion. Es ist jetzt an Ministerin Görner, mit allen Beteiligten in einen Dialog über die Zukunft der 27 Kliniken einzutreten, am Ende muss die Landesregierung entscheiden.

Kein Saar-Krankenhaus soll geschlossen werden

Saarbrücken (wer). Gesundheitsministerin Regina Görner sieht nach Vorlage des Gutachtens von Hans-Heinrich Rüschemann zur Fortschreibung des Krankenhausplanes bis 2005 keine Veranlassung, dass eines der 27 saarländischen Krankenhäuser geschlossen wird. Das Gutachten empfiehlt jedoch (wie gestern berichtet), dass von den 8200 Betten rund 1000 abgebaut werden, um die überdurchschnittlich hohen Kosten der Krankenversorgung im Land durch Steigerung der Leistungsfähigkeit der Kliniken und mehr Wettbewerb zu verringern. (Seite 2: Leitartikel; Seite 5: Weitere Berichte)



Zeitzeugen

Kein Saar-Krankenhaus soll geschlossen werden, Reform-Stau in Kliniken - Rüschmann-Gutachten gute Grundlage für die Diskussion, Mehr Wettbewerb um den Patienten - Bei der neuen Krankenhausplanung sind „Pflegetage“ kein entscheidendes Kriterium mehr (Saarbrücker Zeitung vom 26. September 2000)

Mehr Wettbewerb um den Patienten

Bei der neuen Krankenhaus-Planung sind „Pflegetage“ kein entscheidendes Kriterium mehr

Seinem umfangreichen Gutachten zur Krankenhausplanung im Saarland hat Professor Dr. Hans-Heinrich Rüschmann aus Kiel (Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen) eine Zusammenfassung der Ergebnisse vorangestellt, die bewusst nicht auf das einzelne Krankenhaus bezogen sind. Wir dokumentieren diese drei wesentlichen Seiten der Expertise (von 220 Seiten).

Die Finanzierung der Krankenhausbehandlung stellt sich auf die Leistungsfinanzierung über „AR-DRG“-s um – ab 2003 werden nicht mehr „Pflegetage“, sondern Leistungen in Form von Preisen bezahlt. Deshalb muss sich auch die Krankenhausplanung umorientieren, denn das Preissystem heißt Leistungswettbewerb um den Patienten und damit veränderte Patientenkennlinien. Dies ist aber nicht möglich, wenn eine Krankenhausplanung wie bisher Bettenkapazitäten fest schreibt. Die Krankenhausversorgung braucht also einen leistungsorientierten, flexiblen Rahmenplan... Die Analysen und Empfehlungen orientieren sich insbesondere an besseren Versorgungslösungen (Benchmarking), also im wesentlichen an tatsächlich im Saarland realisierten Therapieformen und nicht an normalen Vorgaben. Den Krankenhäusern wird nur das zugemutet, was je nach Indikation und Therapie 25 Prozent von ihnen erbringen. Einseitig wird für die Entwicklung ein individueller Weg aufgezeigt, so dass sich die Krankenhäuser schrittweise auf die vielfältigen Veränderungen im Gesundheitswesen einstellen können, die spätestens bei gesetzlicher Einführung des australischen „DRG“-Systems ab 2003 erzwungen werden. Andererseits soll das Benchmarking-System helfen, Ressourcen bei allgemein begrenzten Mitteln freizusetzen, um kranke Menschen auch zukünftig nach neuesten Erkenntnissen behandeln zu können.

Zunächst greift dieses Konzept hinsichtlich Alternativen zur vollstationären Versorgung auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung für das Saarland nur sehr behutsam. Das „GSbG“-System (GSbG = Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen) zur Neustrukturierung der Krankenhausleistungen funktioniert in fünf Stufen:

- Analyse der ambulanten Substitu-

tionspotentiale: Der vorsichtige Benchmarkansatz weist zunächst als ambulante Substitution nur gut 4,3 Prozent aller Krankenhausfälle aus. Die ambulanten Anteile unterscheiden sich je nach Diagnose und Therapie in den Abteilungen. In der Zukunft werden integrierte Versorgungssysteme dazu beitragen, dass erheblich höhere Behandlungsanteile als vier bis fünf Prozent der stationären in die ambulante beziehungsweise tagesklinische wie auch kurzzeitstationäre Versorgung übergehen.

- Verweildauer-Analysen: Das Bett spielt in der Leistungsplanung kaum eine Rolle. Dennoch werden auftragsgemäß zusätzlich korrespondierend zu den zukünftigen Krankenhausleistungen die Pflegetage und damit die zugehörigen Bettenkapazitäten ausgewiesen. Die therapie-beziehungsweise indikationsbezogenen Benchmark-Analysen verringern die Liegezeit zunächst lediglich um 6,5 Prozent. Wenn ein Kapazitätsausweis gefordert ist, dann muss grundsätzlich die Auslastung berücksichtigt wie auch

DOKUMENTE DER ZEIT

die gewünschte Vorhaltekapazität normativ festgesetzt werden. Insgesamt bringen alle Analysen korrespondierende Bettenzahlen hervor, die knapp zwölf Prozent unterhalb der im Krankenhausplan Saarland ausgewiesenen Bettenzahlen liegen. Für einzelne Krankenhausabteilungen kann dies einschneidende Maßnahmen bedeuten, insbesondere für das Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe.

- ... Insgesamt ergibt die Morbiditätsentwicklung (einschließlich Bereinigung um nicht medizinisch bedingte Fallzahlsteigerungen) einen Anstieg der Fallzahlen im Krankenhaus um etwa 0,8 Prozent für das Saarland.

- Sollte im Saarland... eine flächendeckende, geriatrische Versorgung aufgebaut werden, dann sind zusätzlich rund 2400 Patienten geriatrisch zu versorgen. Hierfür müssten insgesamt etwa 200 korrespondierende Kapazitäten (Betten/Plätze) umstrukturiert werden.

- Das Benchmarking ist ein lernendes System und berücksichtigt das bisherige Innovationspotential eines Landes. In der Weiterentwicklung können realisierte Versorgungsleistungen aus ande-

ren Bundesländern als Vorbild hinzugezogen werden (länderübergreifendes Benchmarking). Wenn für das Saarland neben eigenen Benchmarkwerten auch die aus fünf anderen Bundesländern jeweils für dieselben Behandlungsanlässe und Therapien zugrundegelegt werden, dann würden zunächst 6,3 Prozent vollstationäre Patienten ambulant behandelt werden können. Bei den korrespondierenden Kapazitäten würde dies eine Reduktion von 20 Prozent bedeuten. Ziel des „GSbG“-Gutachtens sind regionale Leistungsbedarfe in den einzelnen Fachgebieten ohne krankhausbezogene Empfehlungen. Die regionalen Leistungsbedarfe bieten die Grundlage für normative politische Entscheidungen über Standorte der Krankenhausversorgung, wirtschaftlich sinnvolle Einheiten sowie Verhandlungen über Versorgungsverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

- Zusammenfassung der Ergebnisse: Vollstationäre Krankenhausleistungen (Ist-Fälle): 253.212; ambulantes Substitutionspotential: minus 10.971; Morbiditätsentwicklung: 1947; zukünftiger Bedarf an vollstationären Leistungen (Soll-Fälle): 244.188 (minus 3,6 Prozent).

... Auch wenn das Planbett in Zukunft seine Bedeutung verliert, werden hier auftragsgemäß noch einmal die korrespondierenden Kapazitäten aufgeführt: Planbetten (ohne tagesklinische Plätze) 1999: 8171; ausgelastete Betten im Saarland: 6823 (83,5 Prozent); Kapazitätsänderung über Substitution von KH-Leistungen (Betten): minus 98 (minus 1,1 Prozent); Kapazitätsänderung über Verweildauer-Reduktion (Betten): minus 529 (minus 6,5 Prozent); Kapazitätsänderung aufgrund Morbiditätsentwicklung (Betten): plus 92 (plus 1,2 Prozent); korrespondierende vollstationäre Kapazitäten inklusive Vorhaltefaktoren (Betten): 7196 (minus 11,9 Prozent)

Die „GSbG“ empfiehlt für das Saarland:

- bis 2002 den ausgewiesenen, vollstationären Leistungsbedarf mit einer Fallzahl-Reduktion von minus 3,6 Prozent umzusetzen. Dies entspricht für die korrespondierenden Kapazitäten (Betten) minus 11,9 Prozent, zum Beispiel für die Fachabteilungen Chirurgie minus 15 Prozent, Gynäkologie und Geburtshilfe minus 36 Prozent, Innere Medizin minus zwei Prozent, Neurologie plus 15 Prozent, Pädiatrie minus neun Prozent, Psychiatrie minus elf Prozent und Urologie minus 26 Prozent.

- Für 2002 sollte im Saarland entschieden werden, inwieweit die geriatrische Versorgung flächendeckend im Rahmen der Krankenhausplanung akutstationär erfolgen soll. Der Bedarf zur zusätzlichen Versorgung liegt bei plus 2400 Patientinnen/Patienten.

- Ab 2003 bei Einführung des „AR-DRG“-Systems empfiehlt die GSbG, sich an Erkenntnissen aus dem länderübergreifenden Benchmarking zu orientieren, eine aktualisierte Morbiditätsentwicklung zu berücksichtigen und die Leistungsstrukturen entsprechend anzupassen. Mit aktuellen Zahlen analysiert, würde dies eine Fallzahlveränderung von minus 5,5 Prozent und an korrespondierenden Kapazitäten von minus 20 Prozent bedeuten. Dies würde auf der Grundlage heutiger Zahlen für die Fachabteilungen Chirurgie minus 21 Prozent, Gynäkologie und Geburtshilfe minus 44 Prozent, Innere Medizin minus 15 Prozent, Neurologie plus zehn Prozent, Pädiatrie minus 19 Prozent, Psychiatrie minus 14 Prozent und Urologie minus 36 Prozent bedeuten. Für den zukünftigen Bedarf 2003 müssten in 2002 aktualisierte Morbiditätszahlen und Benchmarks zugrundegelegt werden.



Weg zum neuen Krankenhausplan Professor Dr. Hans-Heinrich Rüschmann aus Kiel stellte am Montag gemeinsam mit Sozialministerin Dr. Regina Gürner sein Gutachten zur künftigen Klinik-Szene im Saarland vor. FOTO: B & B