Zeitzeugen

„Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein" –
Ein Bericht aus Sicht der Ärztekammer, von Karl-Werner Ratschko
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 42 (1989), Seite 699-707

Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein

Ein Bericht aus der Sicht der Ärztekammer

Karl-Werner Ratschko

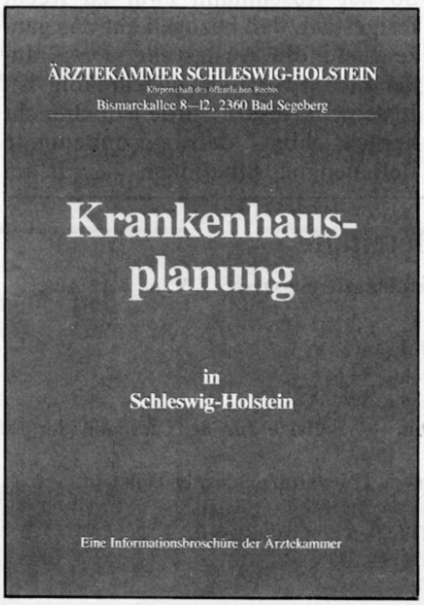
Einführung

Das Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterscheidet bei der Krankenhausplanung zwischen Beteiligten und unmittelbar Beteiligten. Mit den unmittelbar Beteiligten hat die Planungsbehörde, das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Energie einvernehmliche Regelungen herbeizuführen. Kommen diese nicht zustande, entscheidet der Minister.

Den (nur) Beteiligten — es sind 6 von 17 (siehe S. 700) — kommt aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen ein eingeschränkter Einfluß zu, auch wenn vom Grundsatz her angestrebt werden soll, Konsens auch mit den Beteiligten zu erreichen.

Trotz der rechtlich begrenzten Möglichkeiten war der Krankenhausausschuß der Ärztekammer der Auffassung, daß alle Möglichkeiten genutzt werden müssen, um die Krankenhausplanung im Interesse des Patienten, aber auch der Ärztinnen und Ärzte, die manchmal nur begrenzt ihrer Verantwortung gerecht werden können, soweit wie möglich zu beeinflussen.

Aufgrund eines Referates gehalten bei der Kammerversammlung am 15. November 1989 in Kiel



Eine Informationsbroschüre über den Entwurf der Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein und die Stellungnahme der Ärztekammer dazu ist bei der Ärztekammer erhältlich: (0 45 51) 80 30.

Vorbereitungen

Schon lange bevor sich die Beteiligten ernsthaft um die Fragen der Krankenhausplanung bemühten, hat der Krankenhausausschuß in einer Umfrage alle leitenden Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein befragt und um Anregungen für die Krankenhausplanung gebeten. Die in großer Zahl schon im Jahre 1987 eingegangenen Stellungnahmen wurden in vier Arbeitsausschüssen des Krankenhausausschusses themenbezogen bearbeitet. Die vier Arbeitsgruppen befaßten sich mit folgenden Themenkomplexen:

- **Großgeräte** (z. B. Computertomographie, Kernspintomographie)
- **Funktionsbereich in den Krankenhäusern** (insbesondere Intensivstationen, OP-Bereich u. ä.)
- **regionale Probleme** (z. B. Hamburger Randgebiet, Herzogtum Lauenburg, Flensburg, Kiel)
- **Fachprobleme in der Krankenhausversorgung** (vorrangig Psychiatrie, Geriatrie, Pädiatrie u. a.)

„Rüschmann"-Gutachten

Am 4. August 1988 wurde das noch von der alten Landesregierung 1986 bei der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen in Auftrag gegebene Gutachten zur Krankenhausplanung der Öffentlichkeit übergeben. Insgesamt 2300 Krankenhausbetten hielt der Gutachter rechnerisch für überflüssig. Bei etwa 500 Betten sah er jedoch die Not-

Zeitzeugen

„Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein" –
Ein Bericht aus Sicht der Ärztekammer, von Karl-Werner Ratschko
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 42 (1989), Seite 699-707

wendigkeit, sie zu erhalten, um eine dezentrale Versorgung insbesondere mit pädiatrischen und geburtshilflichen Abteilungen sicherzustellen. 300 Betten waren aus der Sicht des Gutachters in bestimmten Fächern zusätzlich erforderlich, so daß insgesamt etwa 1500 Betten oder knapp 10% reduziert werden sollten.

Sehr verkürzt zusammengefaßt kam der Gutachter Dr. Rüschmann zu der Feststellung, daß aufgrund der Belegungszahlen aus dem Jahre 1985 aller Krankenhausbetten des Akutbereichs landesweit über die verschiedenen Jahreszeiten recht gleichmäßig ausgelastet waren. Weiterhin stellte er fest, daß es eine ganze Reihe von Krankenhäusern gab, bei denen die Verweildauer der Patienten deutlich über der durchschnittlichen Verweildauer des jeweiligen Fachgebietes lag. Insbesondere diese beiden Faktoren nutzte Rüschmann dazu, um in einem rechnerischen Ansatz die Krankenhäuser mit „zu langer" Verweildauer durch Bettenkürzungen zu zwingen, die durchschnittlichen Verweildauern zu erreichen, zum anderen kürzte er den bisher üblichen Vorhaltefaktor von 15% auf 10%. Diese beiden rechnerischen Korrekturen führten im wesentlichen zu den von Rüschmann berechneten Bettenverminderungen.

Krankenhausschließungen

Konkret bedeutete dies, daß Krankenhäuser wie das Kreiskrankenhaus Neustadt, das Städtische Krankenhaus Mölln (gerade erst für 12 Millionen DM renoviert), das Städt. Krankenhaus Lauenburg, das Agnes-Karll-Krankenhaus Bad Schwartau, das Kreiskrankenhaus Uetersen, das Städt. Krankenhaus Glückstadt u. a. m. geschlossen werden sollten.

Überlegungen im Krankenhausausschuß

Für den Krankenhausausschuß der Ärztekammer war nach Bekanntwerden der Zahlen sehr schnell klar, daß bei aller Notwendigkeit, in einem so kostenintensiven Bereich so präzise wie möglich auch rechnerische Grundlagen herzustellen, die auf diese Weise gefundenen Ergebnisse der Notwendigkeit einer flächendeckenden stationären Versorgung der Patienten im notwendigen Umfang nicht gerecht werden konnten.

So hat Rüschmann zwar zu Recht festgestellt, daß bezogen auf das ganze Land die Auslastung der Krankenhäuser ziemlich gleichmäßig ist. In seinem Ansatz wurde jedoch nicht berücksichtigt, daß saisonbedingte Bettenengpaßsituationen — z. B. im Sommer in Feriengebieten — mit minderen Auslastungen in anderen Bereichen verbunden waren und umgekehrt. Was nützt es einem Patienten, der in einer zu 110% belegten Krankenhausabteilung nur noch ein Notbett findet, wenn das 50 km entfernte Krankenhaus freie Betten hat?

Beratungen der Beteiligten

Im Herbst 1988 begannen dann die Beteiligten auf Einladung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Energie mit den Vorberatungen der Krankenhausplanung, mit denen eine höchstmögliche Gemeinsamkeit schon für den Entwurf des Ministeriums hergestellt werden sollte.

Beteiligte und unmittelbar Beteiligte

Beteiligte sind nach § 7 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz i. V. m. § 19 Abs. 1 AG-KHG:

1. **Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.**
2. **AOK-Landesverband Schleswig-Holstein**
3. **Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V. — Landesausschuß Schleswig-Holstein — zugleich für den Verband der Arbeiterersatzkassen**
4. **Landesverband der Betriebskrankenkassen Hamburg/Schleswig-Holstein**
5. **Landesverband der Innungskrankenkassen Schleswig-Holstein**
6. **Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Krankenkasse**
7. **Verband der privaten Krankenversicherung e. V. — Landesausschuß Schleswig-Holstein —**
8. **Deutscher Städtetag — Landesverband Schleswig-Holstein —**
9. **Schleswig-Holsteinischer Landkreistag**
10. **Städtebund Schleswig-Holstein**
11. **Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag**
12. **Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein**
13. **Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften**
14. **Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e. V.**
15. **Landesverband der privaten Krankenanstalten Schleswig-Holstein e. V.**
16. **Ärztekammer Schleswig-Holstein**
17. **Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein**

Die in Nr. 1 bis 11 Genannten sind zugleich unmittelbar Beteiligte.

Nach Auffassung des „Rüschmann-Gutachtens" zu schließende Krankenhäuser

- Ärztehaus Mürwik, Flensburg (15 Betten)
- Klinik Dr. Pantke, Kiel (21 Betten)
- Kreiskrankenhaus Brunsbüttel (184 Betten)
- Städtisches Krankenhaus Mölln (113 Betten)
- Städtisches Krankenhaus Lauenburg (59 Betten)
- Agnes-Karll-Krankenhaus, Bad Schwartau (98 Betten)
- Kreiskrankenhaus Neustadt (192 Betten)
- Fehmarnsches Krankenhaus (65 Betten)
- Kreiskrankenhaus Uetersen (130 Betten)
- Privatklinik Dr. Conrad, Eckernförde (37 Betten)
- Städtisches Krankenhaus Glückstadt (102 Betten)

Es ist natürlich nicht möglich, in Einzelheiten auf diese zum Teil sehr mühsamen, häufig aber auch erfreulichen Beratungen einzugehen. Einige Ergebnisse seien zusammengefaßt dargestellt:

Dezentralisierung der Psychiatrie

Nach zähen Verhandlungen wurde ein großer Schritt in die planerische Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung getan. Fast jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt werden in absehbarer Zeit eine regionale Möglichkeit

Zeitzeugen

„Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein" –
Ein Bericht aus Sicht der Ärztekammer, von Karl-Werner Ratschko
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 42 (1989), Seite 699-707

zur psychiatrischen Akutversorgung ihrer Bevölkerung erhalten. Vereinfacht wurden die Gespräche durch die große Kompromißbereitschaft des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Energie, Akutbetten in den eigenen Landeskrankenhäusern zu vermindern, um zu kostenneutralen Ansätzen zu kommen.

Ein Vorhaben in dieser Größenordnung erlaubt natürlich nicht sofort optimale Lösungen. So mußte es in vielen Fällen hingenommen werden, daß die künftigen dezentralen Akutpsychiatrien sich nicht in unmittelbarer Nähe der Schwerpunktkrankenhäuser befinden.

Psychiatrische Tageskliniken

Sehr viel schwerer war es — für die Ärztekammer nicht ganz nachvollziehbar — die Einrichtung von psychiatrischen Tageskliniken zu erreichen. Tageskliniken haben den Zweck, Patienten, die nicht mehr bettlägerig sind und mit einer klinischen Betreuung am Tage ausreichend versorgt sind, zu behandeln. Hierdurch wird der kostenträchtige stationäre Bereich entlastet. Die Versorgung geeigneter Patienten wird verbessert, weil die Patienten abends und nachts in ihrem gewohnten sozialen Umfeld verbleiben.

Psychiatrische Tageskliniken wurden zu einem Teil mit Zustimmung der Kostenträger nur dann möglich, wenn das Land bereit war, stationäre Akutbetten im Verhältnis 1:1 in seinem eigenen Bereich wegfallen zu lassen.

Psychiatrische Tageskliniken sind nach Auffassung der Ärztekammer jedoch kein vollständiger Ersatz für stationäre Versorgungsmöglichkeiten, da auch manche mehr schlecht als recht ambulant versorgte Patienten künftig in den psychiatrischen Tageskliniken Aufnahme finden werden.

Geriatrie

Besonders den Bemühungen des Vorsitzenden des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Willy Möhl, ist es zu verdanken, daß sich die Ärztekammer schon sehr frühzeitig für die Einführung geriatrischer Bereiche in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein eingesetzt hat. Eine Initiative eines Lenkungsausschusses der Stadt Flensburg zur Einrichtung eines gestuften Konzeptes geriatrischer Versorgung war ein weiterer Anlaß, daß insbesondere von Ministerium und Ärztekammer die Frage der Einrichtung geriatrischer Abteilungen besonders deutlich im Kreise der Beteiligten artikuliert wurde.

Grundsätzliches Einvernehmen über die Notwendigkeit besonderer Abteilungen für Geriatrie war recht schnell zu erreichen. Schwierig wurde die Diskussion erst, als es um die (kostenträchtigen) Einzelheiten ging. Schnell stellte sich heraus, daß insbesondere die Kostenträger konkrete Planungsdaten zur Ermittlung der Kosten, die zusätzlich durch geriatrische Abteilungen entstehen, benötigten. Eine Reihe von ergänzenden Sitzungen mit Fachleuten wurden erforderlich, bei der die Bereitschaft der Kostenträger erkennbar wurde, auch bei in begrenztem Umfange zu erwartenden Mehrkosten der Einführung geriatrischer Abteilungen zuzustimmen. Eine Arbeitsgruppe von Fachleuten hat unter Federführung der Ärztekammer mittlerweile die wesentlichen Grundlagen erarbeitet.

Pädiatrie

Die Beteiligten waren sich einig, daß in jedem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in Schleswig-Holstein eine pädiatrische Abteilung vorgehalten werden muß, auch wenn eine möglicherweise unwirtschaftliche Größenordnung erreicht wird.

Regel- und Schwerpunktversorgung

Einigkeit konnte nach recht kurzer Zeit auch über eine Abgrenzung zwischen der Regel- und Schwerpunktversorgung erreicht werden. Den Beschlüssen hierzu wurde ein vom Krankenhausausschuß der Ärztekammer erarbeitetes Konzept zugrunde gelegt.

Übersicht über Veröffentlichungen im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt zur Krankenhausplanung

Heft 11/1988, Seite 647:	Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Hostein
Heft 11/1988, Seite 672:	Konzept der Flensburger Krankenhäuser zur stationären Versorgung geriatrischer Patienten
Heft 12/1988, Seite 738:	Zum aktuellen Stand der Psychiatrieplanung in Schleswig-Hostein
Heft 2/1989, Seite 67:	Finanzierung der Krankenhäuser
Heft 7/1989, Seite 395:	Gesundheitspolitik in Schleswig-Holstein

Indikationen und personelle Ausstattung von geriatrischen Abteilungen

Die Patienten der geriatrischen Abteilungen sind charakterisiert durch Alter, Multimorbidität, somatische und psychosoziale Komponenten, Tendenz zur Chronizität und Gefahr der Pflegebedürftigkeit. Dies gilt — ohne vollständig sein zu wollen — für Patienten mit Hemiplegie, Osteoporose, Morbus Parkinson, nach Amputationen sowie endoprothetischer Versorgung.

Für eine geriatrische Abteilung werden

Ärzte	im Verhältnis 1:10,
Pflegekräfte	im Verhältnis 1: 1, 2,
Krankengymnasten	im Verhältnis 1: 8,
Ergotherapeuten	im Verhältnis 1:12,
med. Masseure u. Bademeister	im Verhältnis 1:20,
Psychologen	im Verhältnis 1:40,
Sozialarbeiter	im Verhältnis 1:40

benötigt.

Bei der Logopädie ist eine Berechnung nach der Anzahl der Aphasiepatienten erforderlich (1:8). Erfahrungsgemäß wird ein Logopäde für 40 Betten benötigt.

Zu einer geriatrischen Klinik gehört eine Tagesklinik, die sinnvollerweise 20 Plätze haben sollte.

Grundvoraussetzung für den geriatrischen Bereich ist eine entsprechende Schulung der dort beschäftigten Mitarbeiter.

Zeitzeugen

„Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein" –
Ein Bericht aus Sicht der Ärztekammer, von Karl-Werner Ratschko
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 42 (1989), Seite 699-707

Mindestauslastung — Vorhaltefaktor

Die Mindestauslastung mit 88% in der Psychiatrie, 86% in allen übrigen Bereichen außer Gynäkologie und Geburtshilfe (82%) und Pädiatrie (75%) wurde von den Beteiligten — wenn auch mitunter mit Bedenken — akzeptiert. Spätere Verhandlungen nach Bekanntwerden des Entwurfes der Krankenhausplanung zeigten allerdings, daß die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen mehr den schlechteren Zahlen des „Rüschmann-Gutachtens" zuneigten.

Als Richtwerte für die Mindestauslastung wurden grundsätzlich 86% zugrunde gelegt, Ausnahmen gelten für

Pädiatrie	75%
Gynäkologie/Geburtshilfe und Geburtshilfe allein	82%
Psychiatrie	88%

Belegfächer, insbesondere HNO, ohne starre Festlegung eines Prozentsatzes.

Regelversorgung

Krankenhäuser der Regelversorgung haben je eine hauptamtlich geführte allgemeine Abteilung für Innere Medizin und Chirurgie und zusätzlich eine hauptamtlich oder belegärztlich geführte Abteilung für Geburtshilfe und/oder Gynäkologie. Darüber hinaus sind Belegbetten für weitere Disziplinen, z. B. Pädiatrie, Urologie, möglich.

Krankenhäuser der Regelversorgung halten interdisziplinär Intensivbetten vor; sie haben grundsätzlich eine hauptamtlich geleitete Anästhesie und eine hauptamtlich/nebenamtlich geleitete radiologische Abteilung.

Schwerpunktversorgung

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung haben mindestens folgende hauptamtlich geleitete Abteilungen:
- Innere Medizin
- Chirurgie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Pädiatrie

Erforderlich sind Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Ärzten, Assistenzpersonal und Pflegekräften sowie Ausstattung und Räume zur Behandlung von Krankheiten aus den Bereichen der
- Gastroenterologie, Hämatologie, Nephrologie mit Hämodialyse, Kardiologie, Lungen- ud Bronchialheilkunde, Endokrinologie, Onkologie, eine internistische Intensivstation;
- Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, Thoraxchirurgie, Abdominalchirurgie, Plastische Chirurgie, Onkologie, Kinderchirurgie;
- speziellen operativen Gynäkologie, Onkologie, Endokrinologie, Perinatologie;
- gesamten Pädiatrie einschließlich Neonatologie, eine pädiatrische Intensivstation.
- Anästhesie
- Radiologische Diagnostik (einschließlich CT), Strahlentherapie und Nuklearmedizin
- Zentrallabor (einschließlich Transfusionsmedizin)
- operative Intensivstation
- spezielle rehabilitative Geriatrie

Darüber hinaus bestehen weitere hauptamtlich oder belegärztlich geführte Abteilungen/Betten, zu denen zwingend die Neurologie, Psychiatrie, Urologie, Neurochirurgie sowie weitere Abteilungen/Betten gehören, die im einzelnen im Krankenhausplan festgelegt sind. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung sollen eine Pathologie/Histologie vorhalten.

Die Schwerpunktversorgung kann auch im Verbund mehrerer Krankenhäuser einer Region erfolgen.

Zentralversorgung

In Krankenhäusern der Zentralversorgung werden alle Fachgebiete hauptamtlich geleitet. Die Funktion von Zentralkrankenhäusern erfüllen die Universitätskliniken in Kiel und Lübeck.

Fachkrankenhäuser

Fachkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Versorgungsangebote einzelner Fachgebiete verfügen oder nur Kranke bestimmter Krankheitsarten aufnehmen (z. B. Fachkrankenhäuser für Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Orthopädie, Psychiatrie, Krankenhaus für Rheumakranke).

Fachkrankenhäuser sind keiner bestimmten Versorgungsstufe zugeordnet.

Der Entwurf des Ministeriums

Anfang Juni 1989 wurde vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Energie der Entwurf einer Krankenhausplanung nach Beratung im Kabinett vorgelegt.

Die wesentlichen Eckpunkte der Planung des Landes sind bekannt und in einem bei der Ärztekammer erhältlichen Sonderdruck zur Krankenhausplanung nachzulesen. Zusammenfassend ist festzustellen, daß das Ministerium Überlegungen des „Rüschmann-Gutachtens" nur im geringen Umfange übernommen hat. So wird für auch stark ausgelastete Krankenhausabteilungen eine Bettenkürzung vorgesehen, wenn die Verweildauer über dem Durchschnitt des Fachgebietes liegt.

Um rund 500 Betten soll die Zahl der Akutbetten in Schleswig-Holstein vermindert werden. Hierbei sind ganz besonders die Belegabteilungen betroffen.

Soweit wie möglich soll eine dezentrale Akutpsychiatrie ermöglicht werden. An vier Stellen im Lande soll es geriatrische Abteilungen bzw. Bereiche geben (Flensburg, Kiel, Neumünster, Itzehoe).

Krankenhausschließungen sind mit Ausnahme von zwei sehr kleinen Privatkliniken nicht geplant, selbst schwer weiterzuführende Häuser wie das Städtische Krankenhaus in Lauenburg und das Krankenhaus in Tönning sollen nach den Planungsvorstellungen des Ministeriums erhalten bleiben.

Zeitzeugen

„Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein" –
Ein Bericht aus Sicht der Ärztekammer, von Karl-Werner Ratschko
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 42 (1989), Seite 699-707

Die Erarbeitung einer Stellungnahme durch die Ärztekammer

Die Planungsunterlagen wurden von der Ärztekammer allen leitenden Krankenhausärzten und Belegärzten in Schleswig-Holstein (insgesamt über 600) mit der Bitte um Stellungnahme aus ärztlicher Sicht zugesandt. Dies geschah sofort nach dem Bekanntwerden des Entwurfes. Ende August lagen die Stellungnahmen der Ärzte vor, die in mehreren Sitzungen vom Krankenhausausschuß bearbeitet wurden.

Dem einzelnen befragten Arzt/der befragten Ärztin geht es sehr häufig natürlich um den eigenen Bereich, die eigene Abteilung, das eigene Krankenhaus. Dies ist ein legitimer Ansatz, den sich der Krankenhausausschuß der Ärztekammer jedoch nicht in jedem Falle zu eigen machen konnte, da die Ärztekammer nicht regionale Belange einzelner Abteilungen wahrzunehmen, sondern Fehlansätze und drohende Fehlentwicklungen einer Planung im Interesse der Bevölkerung und der Patienten festzustellen hat.

Hiermit wird die Ärztekammer auch im Interesse ihrer Mitglieder tätig, denn jede Fehlentwicklung im Bereich stationärer Versorgung belastet auch die mit der ärztlichen Versorgung der Patienten beauftragten Ärztinnen und Ärzte. Unzulängliche per- auch zu Lasten der Ärzte, die ihrer Tätigkeit nicht so nachgehen können, wie es erforderlich ist.

Die anderen Beteiligten

Ein Problem der Beratungen im Kreise der Beteiligten war sicher, daß die jeweiligen Vertreter mitunter nur mit Mühe vernünftige und planerisch sinnvolle Ansätze mittragen konnten, wenn diese gegen Einzelinteressen ihrer Mitglieder verstießen. Schon der Entwurf des Ministeriums vermied, unpopuläre Entscheidungen, die möglicherweise zu Unruhe in der Bevölkerung führen könnten, vorzuschlagen. Die Krankenhausgesellschaft, der Landkreistag, der Städtetag auf der einen Seite sowie die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen auf der anderen Seite hatten in den Sitzungen immer dann Schwierigkeiten, wenn Überlegungen gegen Beschlüsse des jeweils regional zuständigen Bereiches auszugehen drohten. Unter diesen Umständen finden manche mutige Entscheidungen auch dann Respekt, wenn sie für eine sinnvolle — eine qualitativ gute stationäre — Krankenversorgung insgesamt zu selten festzustellen waren.

Komplizierende Faktoren

Kompliziert wurde die Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein durch mehrere Faktoren:

der Lehre und Forschung vorzuhaltenden Betten,

- die gewachsene stationäre Versorgung vieler im Hamburger Randgebiet lebender Schleswig-Holsteiner durch Hamburger Krankenhäuser,
- die Notwendigkeit, flächendeckend die dem heutigen Stande des Wissens und Könnens erforderlichen Fachgebiete vorzuhalten,
- das Fehlen eindeutiger Schwerpunktbildungen, z. B. im Kreis Herzogtum Lauenburg, im Kreis Pinneberg, in gewissem Umfange aber auch in den Kreisen Ostholstein und Nordfriesland,
- die strukturelle Benachteiligung bestimmter Randgebiete wie z. B. Kreis Nordfriesland, aber auch Kreis Herzogtum Lauenburg,
- das Vorhandensein von vielen zu kleinen hauptamtlich besetzten Abteilungen bzw. Krankenhäusern mit in aller Regel wirtschaftlichen oder qualitativen Nachteilen,
- wenige große psychiatrische Landeskrankenhäuser überwiegend an der Peripherie des Landes,
- begrenzte politische Möglichkeiten, Sinnvolles und Notwendiges im Interesse der Patienten gegen regionale Strömungen durchzusetzen.

1. Qualität erfordert eine ausreichende Zahl an Ärzten

Die Ärztekammer vertritt die Auffassung, daß hauptamtlich geführte und besetzte Abteilungen eine ausreichende Größe haben müssen, damit

Zeitzeugen

„Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein" –
Ein Bericht aus Sicht der Ärztekammer, von Karl-Werner Ratschko
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 42 (1989), Seite 699-707

währleistet ist. Eine qualitativ ausreichende Fachabteilung unter einer Besetzung von 1—2—5 ist heute in der Regel- und Schwerpunktversorgung nicht mehr denkbar. Soweit eine ausreichende Größe aus regionalen Gegebenheiten nicht erreichbar ist, müssen Möglichkeiten gefunden werden, die genannte ärztliche Mindestbesetzung zu erreichen.

2. Intensivstationen müssen genügend groß sein

Die Größe der Intensivstationen in den Krankenhäusern aller Versorgungsstufen entspricht nicht den Notwendigkeiten. Folge ist eine für die Patienten häufig lebensbedrohliche „Triage", die dazu führen kann, daß Patienten vorzeitig trotz stärkster ärztlicher Bedenken aus Intensivstationen auf allgemeine Stationen verlegt werden müssen. Aus diesem Grunde fordert die Ärztekammer Schleswig-Holstein für alle kleineren Intensivabteilungen (bis 6 Betten) zwei Intensivbetten zusätzlich vorzuhalten, bei größeren Intensivabteilungen sollen es drei bis vier Intensivbetten sein. Dabei soll ein Prozentsatz von 5% der vorhandenen Akutbetten nicht unterschritten werden.

Erstaunlich war in diesem Zusammenhang, daß in der Größe der Intensivabteilungen bezogen auf die Akutbetten nicht nachvollziehbare Unterschiede bestanden. Neben Abteilungen, die zu 100% den Vorstellungen der Ärztekammer entsprachen, gab es viele Krankenhäuser, bei denen nur etwa 75% der erforderlichen Intensivbetten vorhanden waren, und sogar nicht ganz wenige Krankenhäuser, bei denen es nur 50% waren.

3. Unverständliche Beeinträchtigung belegärztlicher Möglichkeiten

Von Belegärzten betreute Betten in Krankenhäusern sind in Schleswig-Holstein unentbehrlich für die flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung in denjenigen ärztlichen Fachgebieten, in denen hauptamtliche Abteilungen nicht wirtschaftlich zu betreiben sind. Der Entwurf der Krankenhausplanung für Schleswig-Holstein berücksichtigt die spezifischen Besonderheiten von belegärztlich geführten Einheiten nicht. Wegen der durch die besondere Konstruktion belegärztlicher Tätigkeit gegebenen Bedingungen ist eine durchschnittliche Belegung von 70% in Belegabteilungen sinnvoll und wirtschaftlich.

Die starke Reduzierung von Belegbetten, die zum einen sicher durch schematische Anwendung von Rechenfaktoren, zum anderen vielleicht auch wegen der nicht so gerade machtvollen Lobby der Belegärzte entstanden ist, muß aufs heftigste kritisiert werden. Die Ärztekammer hat hierzu im einzelnen Vorschläge entwickelt.

4. Klare Abgrenzung zwischen Schwerpunkt- und Regelversorgung.

Die Ärztekammer hält es aus Gesichtspunkten der Qualität und der Wirtschaftlichkeit für erforderlich, daß eine klare Trennung der Schwerpunkt- und Regelversorgung vorgenommen wird (siehe Seite 704). Es ist nicht hinzunehmen, daß Häuser der Regelversorgung Aufgaben der Schwerpunktversorgung mitübernehmen und dadurch die Wirtschaftlichkeit von Schwerpunktkrankenhäusern zumindestens beeinträchtigen.

5. Vorhaltefaktor — Verweildauer

Die zugrunde gelegte Mindestauslastung für die Berechnung des Vorhaltefaktors kann grundsätzlich akzeptiert werden, soweit tatsächlich Belegabteilungen ausgenommen sind. Die Mindestauslastung darf nicht für Intensivstationen gelten. Zu akzeptieren ist, daß eine Aufstokkung von Betten erst vorgeschlagen wird, wenn 90% (Pädiatrie 80%, Gynäkologie und Geburtshilfe 86%) überschritten werden. Eine Reduzierung darf nach Auffassung der Ärztekammer entsprechend aber auch erst erfolgen, wenn die vorgeschlagenen Mindestauslastungen langfristig um 5% unterschritten werden. Krankenhausplanung darf sich — auch unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte — nicht an einem Momentbild orientieren.

Sehr scharf hat die Ärztekammer die offenbar schematisch vorgenommene Reduzierung von Betten auch bei stark belegten Abteilungen aufgrund der Tatsache, daß dort eine über dem Durchschnitt liegende Verweildauer registriert wurde, kritisiert.

Für die Verweildauer einzelner Fachabteilungen sind sehr stark regionale Besonderheiten entscheidend. So verlängert sich die durchschnittliche Verweildauer einer Fachabteilung, wenn in der Nähe befindliche Einrichtungen der Grundversorgung Krankheiten und Operationen mit kürzerer Verweildauer versorgen. Eine unterschiedliche Zusammensetzung der zu behandelnden Patienten kann zur Verzerrung der durchschnittlichen Verweildauer führen. Mangel an Intensivbetten kann für operierende Abteilungen bedeuten, daß kurzfristig planbare Operationen mit der Folge der Verlängerung der Verweildauer aufgeschoben werden müssen. Aus diesem Grunde hat die Ärztekammer gefordert, daß alle aufgrund einer angeblich zu langen Verweildauer vorgesehenen Kürzungen überprüft werden müssen. Statistisch begründete Bettenkürzungen dürfen im Rahmen bestimmter Vertrauensgrenzen erfolgen.

6. Unvertretbare Bettenreduzierungen

In verschiedenen Bereichen des Landes sollen Bettenkürzungen erfolgen, obwohl dort eine zeitweilige oder sogar langfristige Überbelegung von mehr als 100% bekannt ist. Insbesondere auch unter Hinzuziehung der bei der Ermittlung der durchschitttlichen statistischen Auslastung einer Abteilung verbundenen Problematik (Problem der Mitternachtsstatistik) hält es die Ärztekammer nicht für hinnehmbar, wenn schon bei der Krankenhausplanung längere „überlastete Situationen" in Kauf genommen werden müssen. Auch Spitzen der Auslastung müssen bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Bei der Unterbringung von Patienten auf Fluren, in Arztzimmern, Abstellräumen und Bädern werden die damit verbundenen medizinischen und pflegerischen Mängel häufig übersehen. Folge von chronisch überbelegten Abteilungen ist eine Überlastung der Ärzte und des Pflegepersonals, die zu unvertretbaren Belastungen des Patienten bis hin zum Auftreten von Kunstfehlern führen kann.

Zeitzeugen

„Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein" –
Ein Bericht aus Sicht der Ärztekammer, von Karl-Werner Ratschko
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 42 (1989), Seite 699-707

Auch darf nicht übersehen werden, daß Folge einer chronischen Überbelegung auch die Verlängerung der Verweildauer sein kann, da die Personalkapazität im ärztlichen und pflegerischen Bereich nicht ausreicht, um Patienten in der eigentlich erforderlichen Zeit zu untersuchen und zu behandeln. Nicht selten müssen Patienten wegen Mangels an Ärzten und Pflegepersonal mehrere Tage auf Untersuchungen warten, Operationen müssen verschoben werden, Behandlungen verzögern sich. Grotesk sind die Auswirkungen: Die Verlängerung der Verweildauer durch Überbelegung hat Bettenkürzungen zur Folge.

7. Ausbildung und Weiterbildung an den Universitäten müssen möglich bleiben

Zwischen Sozialministerium und Kultusministerium ist Anfang des Jahres 1989 eine Begrenzung der Betten an den Universitäten in Kiel auf 1 400 und in Lübeck auf 1 250 beschlossen worden. Die Begrenzung der Betten hält auch die Ärztekammer grundsätzlich für richtig, da nur auf diese Weise die stationäre Versorgung außerhalb der Universitäten wirtschaftlich und sinnvoll gestaltet werden kann.

Die Größe der klinischen Abteilungen muß jedoch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Wissenschaftsrates so gewählt werden, daß Forschung und Lehre möglich bleiben. Die der Ärztekammer bekanntgewordenen Reduzierungen der Christian-Albrechts-Universität Kiel, insbesondere in der Allgemeinchirurgie, der Orthopädie und der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, erscheinen nicht sinnvoll.

Zusammenfassung

Bei aller berechtigter Kritik begrüßt die Ärztekammer die insgesamt behutsame Art der Fortschreibung der Krankenhausplanung. Krankenhausplanung ist jedoch kein Selbstzweck, sondern dient einer optimalen stationären Versorgung der Bevölkerung. Hiervon ist leider auch der vorliegende Entwurf einer Krankenhausplanung noch weit entfernt. Damit es eine Fortentwicklung zum Nutzen der Bevölkerung werden kann, ist erforderlich, daß

- die Belegabteilungen erhalten,
- die Intensivabteilungen vergrößert,
- zu kleine Einrichtungen und Abteilungen personell ausreichend ausgestattet, umgewandelt oder abgeschafft werden und
- die dezentrale Psychiatrie sowie Geriatrie einschließlich der notwendigen Tageskliniken gefördert werden.

Wirtschaftlichkeit darf nicht auf Kosten der Qualität zu Lasten der Patienten durchgesetzt werden.

Dr. K.-W. Ratschko
Bismarckallee 8-12
2360 Bad Segeberg