

Ein Modell für Deutschland

Kommentar

Die Politik verspricht derzeit nicht gerade viele „medizininnovative“ Erkenntnisse, denen dieses Blatt nachspüren könnte. Vielmehr erleben wir die Gesundheitsdiskussion überwiegend als lähmende Spardebatte, die jegliche Innovationsbereitschaft in Bürokratie zu ertränken scheint.

Leider diktiert die Politik im Gesundheitswesen die Spielregeln stärker als in fast jedem anderen Wirtschaftszweig – und sie muss es wohl sogar tun, denn Gesundheit ist ein Rechtsgut des Bürgers, das man nicht einfach den Gesetzen des Marktes überlassen darf. Also nimmt der Trillium-Report die Herausforderung bewusst an und versucht allen Restriktionen und Rationierungen zum Trotz auch hier den Blick auf sinnvolle Innovationen und Investitionen zu lenken.

Der erste Streifzug in unserer neuen Rubrik *Politik & Management* führt ins Saarland, wo Georg Weisweiler als FDP-Minister in einer „Jamaika-Koalition“ kooperative Lösungen statt Sparen nach der Rasenmäher-Methode verspricht und mit der Initiative *Netzwerk Healthcare Saarland* Unternehmen fördern und Investoren anlocken will. Die „Erkenntnisse aus der Nusschale“ des kleinen Saarlandes könnten durchaus ein Modell für Deutschland werden. So rückt der Rand der Republik ins Zentrum unseres Interesses. Wer hätte das gedacht?



Dr. Oliver Erens
Mitglied der Redaktion



Gesundheitspolitik im Saarland

Erkenntnisse aus der Nusschale

Im kleinsten deutschen Flächenstaat drängen sich hoch technisierte Krankenhäuser auf engstem Raum. Zu viele, meint der saarländische FDP-Gesundheitsminister Georg Weisweiler – und formuliert im Interview Konzepte für zukunftsfähige Verbundstrukturen mit Modellcharakter.

Sparen gilt in der Gesundheitspolitik gelegentlich als Allheilmittel. Man kann sich auch zu Tode sparen. Wie halten Sie's damit im Saarland in Hinblick auf die Krankenhäuser?

Im Saarland gibt es viele kleine Krankenhäuser mit überdurchschnittlich vielen Betten, nämlich 645 pro 100.000 Einwohner, das sind fünf Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Bei medizinischen Großgeräten liegt diese Kennziffer mit 21 Stück sogar 50 Prozent über dem Mittelwert. Durch ein Zuviel auf zu engem Raum laufen wir aber Gefahr, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung auf der Strecke bleibt. Das moniere ich seit meinem Amtsantritt vor gut einem Jahr. Dennoch verspricht die Strategie des bloßen Bettenabbaus keinen Erfolg.

Deshalb entwickeln wir nun Verbundstrukturkonzepte. Ein großer Maximalversorger arbeitet mit Häusern der Grund- und Regelversorgung zusammen. Die können alle durchaus ihre Spezialabteilungen haben, sollen sich aber untereinander abstimmen. Der kleinste deutsche Flächenstaat mit seinen 25 Krankenhausstandorten ruft geradezu nach Kooperation. Folgerichtig eruiert die

Universitätsklinik in Homburg derartige Möglichkeiten mit großen Flächenanbietern. Konkret sind das die Marienhaus GmbH und die cusanus trägergesellschaft trier mbh, zwei gemeinnützige, kirchliche Träger.

Das Klinikum Saarbrücken spielt keine Rolle?

Das Klinikum ist ein kommunales Krankenhaus und wie die Uniklinik ein Maximalversorger. Auch der kommunale Block erkennt die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit. Natürlich hat die Politik mit dem Krankenhausplan vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Zwänge ein mächtiges Instrument. Sie kann Vorgaben machen und Wünsche nach andernorts bereits vorhandenen Leistungsangeboten abwehren. Aber die verschiedenen Krankenhausträger bewegen sich bereits von selbst aufeinander zu, um das Verbesserungspotenzial zu nutzen.

Sind zwei Verbundstrukturen richtig? Belebt Wettbewerb das Geschäft?

Sie sagen es. Einerseits müssen die Krankenhäuser im Verbund untereinander wirtschaftlich vernünftige Wege finden. Andererseits entstehen zwei große, gleichwertige Anbieter. Am Ende des

Planungsprozesses sehe ich eine Struktur, die über das Jahr 2015 hinaus wettbewerbsfähig ist.

Zudem sind alle Versuche von 13 Jahren Regierung Oskar Lafontaine bis 1998 und 10 Jahren Peter Müller bis 2009 gescheitert, die beiden Maximalversorger zusammen zu bringen. Da habe ich mir gesagt, bevor ich das wieder versuche, nutze ich die beiden als Zentren für eine Verbundlösung, um auf Dauer zwei leistungsfähige Strukturen im Lande zu schaffen.

Ist das ein Vorbild für Deutschland?

Flächendeckend vielleicht schon. Für mich als FDP-Minister bestand dabei die erste Schwierigkeit darin, mich mit hoheitlicher Planung zu beschäftigen. Aber Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge. Dem können Sie sich nicht entziehen. Die Verpflichtung nehme ich an und versuche, die Struktur zu verbessern. Erfreulich daran: Die Krankenhäuser bemühen sich aktiv, sich diesen Verbänden anzuschließen. Noch vor einem halben Jahr stand eher die Frage im Raum: Welches Krankenhaus wird geschlossen?

Führt ihr Modell zu einer schlechteren Versorgung auf dem Lande?

Eher zu einer besseren. Voraussetzung ist ein Diagnostikzentrum in der Fläche mit guter Anbindung an den Maximalversorger. Dazu brauchen Sie eine leistungsfähige Kommunikation. Sie können doch heute soviel mit Telemedizin erreichen.

Da dürften die Diagnostiker im Krankenhaus hellhörig werden. Sie sehen Unterschiede, ob Sie eine therapeutische oder eine diagnostische Einheit erhalten?

Ich brauche die dezentrale Diagnose unter anderem, um Transportleistungen zu sparen. Das erfordert im Einzelfall sogar zusätzliche Investitionen. Entsprechende Untersuchungen stellen wir derzeit an.

Damit sich die Tür in den teuren stationären Bereich erst öffnet, wenn der Patient aufgrund einer schwerwiegenden Diagnose zum Maximalversorger muss. Erst dann kommt der Krankenwagen?

Richtig. Ordentlich organisiert, wird das Gesamtsystem leistungsfähiger und kostengünstiger. Als wir noch nicht mit unserem Modell unterwegs waren, haben wir zur ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung im Norden des Landes sogar einen Neubau erwogen als Ersatz für kleinere Kliniken. Das kostet 70 Millionen im Minimum. Mit Aufrüstung der Diagnose plus perfekte Anbindung an den Maximalversorger kann man sich das vielleicht sparen.

Eingangs haben Sie ein Zuviel an HighTech-Geräten im Saarland beklagt. Ist das nicht auch eine Chance? Man könnte neuen Umsatz generieren und ganz nebenbei dünner besiedelte Gebiete hochwertig versorgen?

Ich darf doch nicht die Krankenhauslandschaft, die zur Versorgung der Bevölkerung entstanden ist, punktuell zu einem Zentrum aufpöppeln, zu dem dann möglicherweise die arabischen Scheichs pilgern. Das bieten wir bereits in der Nähe der Universi-

täten. Wir dürfen nicht zurückfallen in die 90er Jahre. Vor der ersten Seehoferschen Reform hat man noch Geld verteilt und kleinteilige Strukturen verfestigt.

Das Saarland kommt uns wie ein Experimentierfeld vor. Sie haben quasi in der Nusschale alle Bevölkerungsgruppen, die Großstadt genauso wie strukturschwache Landstriche. Sehen Sie Ihre Planungen als Experiment für den Rest der Republik?

Die Ausgangsvoraussetzungen sind im Saarland in der Tat günstig, ein beispielhaftes Testgebiet für neue Ideen.

Inwieweit nehmen Sie bei der Reorganisation des Gesundheitswesens die Krankenkassen mit? Wollen die nicht nur Betten abbauen?

Die Krankenkassen begleiten unsere Überlegungen aufgeschlossen. Keine platte Rasenmähermethode also.

Wir haben schon befürchtet, dass Sie als FDP-Mann im Gesundheitswesen nicht wettbewerbsorientiert agieren würden.

Das wäre nicht intelligent. Das Verbundkonzept ist eine Riesenchance. Am Ende dieses Planungsprozesses sollten wir un-



Georg Weisweiler, FDP, Minister für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes (Mitte), im Gespräch mit Georg und Wolfgang Hoffmann, *trilliumreport*

ser Krankenhausgesetz ändern können und nur noch eine Rahmenplanung vorgeben, weil die Verbundstrukturen sich in einem ständigen Anpassungsprozess bewegen. So machen das ordentliche Unternehmen schon seit etwa 25 Jahren. Die Wirtschaftlichkeit erschließt sich dabei auch aus den Größenvorteilen. Wenn ich für 2.000 Betten einkaufe, kann ich besser verhandeln als für 100. Es gibt unendlich viele Möglichkeiten, besser zu sein.

Das klingt doch anders als Formulierungen, die Ihnen zugeschrieben werden. Demzufolge „müssen Sie feststellen dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Erwägungen in den vorhandenen Fachabteilungen spezielle, wirtschaftlich attraktive Leistungen anbieten und im Gegenzug weniger wirtschaftliche Leistungen aufgeben wollen.“ Genau das war der Sinn des DRG-Systems mit seiner Abrechnung nach diagnosebezogenen Fallgruppen. Die Krankenhäuser sollten lernen, Attraktives anzubieten und Unwirtschaftliches zu lassen. Wie kann ein Liberaler das kritisieren? So wie Sie es hier vortragen, ist es zu verkürzt. Wir müssen die Bevölkerung ordentlich versorgen. Das geht nicht mit zu kleinen Kliniken, die schon von der Zahl der zu behandelnden Fälle nicht das Potenzial haben. In der Vergangenheit hat sich das Marktwirtschaftsprinzip gelegentlich sogar umgedreht. Es wurde Nachfrage erzeugt, für die medizinisch kein Bedarf bestand. Wir wollen keine Teiloptimierungen auf Kosten anderer.

Gesundheitsmanagement umfasst mehr als nur Krankenhausplanung. Wo hapert's noch? Eine Riesenbaustelle sehe ich bei der Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen. Das kann man nicht immer trennen. Wir brauchen auch im ambulanten Bereich mehr Kompetenzen. Sie kennen den Paragraphen 116b im Sozialgesetzbuch...

...der die „Integrierte Versorgung“ inklusive ambulanter Versorgung im Krankenhaus erlaubt...

...und es gibt die umgekehrte Richtung.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) verzahnen beide Bereiche ebenso. Wie gesagt: Man muss sich schon Gedanken machen, ob man in strukturschwachen Gebieten ein fehlendes Krankenhaus nicht auch durch ein MVZ ersetzen kann.

Gibt es im Saarland eine „Hausarztzentrierte Versorgung“?

Das haben wir angefangen. Die Hausärzte arbeiten hier eng mit der Kassenärztlichen Vereinigung zusammen. Kämpfe wie in anderen Bundesländern gibt es zum Glück im Saarland nicht.

Tendiert dies letzten Endes in Richtung populationsgestützte Versorgung? „Gesundes Kinzigal“ als Modell? Es wird pro Einwohner, nicht pro Patient bezahlt, um den Anreiz für die Ärzte zu erhöhen, ihre Patienten möglichst lang gesund zu halten. Wir haben solche Anfangsüberlegungen im Homburger Raum. Da haben niedergelassene Ärzte mit der Universitätsklinik ein kleines Projekt gestartet.

Welche Schwerpunkte wollen Sie noch setzen?

Mit dem Netzwerk Healthcare Saarland sind wir gut unterwegs. Es wird von Gerd Martin koordiniert und ist eine Vereinigung von etwa 150 Unternehmen oder Forschungseinrichtungen, die sich in unterschiedlichster Weise mit Medizintechnik, -produkten, -dienstleistungen oder Pharmazie beschäftigen. Dazu gehören auch



Gerd Martin (li), Ansprechpartner der Initiative Healthcare Saarland.

das weltweit renommierte Deutsche Forschungszentrum für künstliche Intelligenz und das Fraunhofer Institut für biomedizinische Technik. Ziel von Healthcare Saarland ist es, das Know-how saarländischer Unternehmen, Kliniken und Forschungsinstitute enger zu vernetzen und das Saarland als Kompetenzstandort in Sachen Gesundheitswesen bundesweit und international stärker in den Fokus zu rücken.

Ich will mal eine der Aktivitäten herausgreifen. AAL (*Ambient Assisted Living*) passt ganz gut zu unserem heutigen Thema. Im Rahmen von AAL erforschen wir Assistenzsysteme für ältere Menschen in ihrem häuslichen Umfeld. Stichwort Telemedizin, Stichwort Überwachung/Monitoring von Herzpatienten. Um die Menschen in ihrem häuslichen Umfeld belassen zu können, bedarf es aber noch mehr: Versorgung, Pflege, Medikamente. Eine Arbeitsgruppe wird demnächst ein Konzept vorlegen. Das wäre bundesweit ein Anfang, wie man ältere Bürger in die Lage versetzt, tatsächlich zu Hause zu bleiben. Das Thema stellt sich ja für alle Bürgermeister, die reichlich ältere, auf sich alleine gestellte Herrschaften haben. Das können Sie hochrechnen. Wir sind dabei, ein Geschäftsmodell vorzuschlagen, das die öffentlichen Kassen entlastet. Wenn diese Leute ins Heim müssen, fällt das immer wieder auf die Steuerzahler zurück. Wirtschaftsministerium und Gesundheitsministerium beschäftigen sich gleichermaßen mit dem Thema. Wir bleiben dran. 

wh