

Eine kurze Geschichte der Krankenhäuser in das Großherzogtum Luxemburg

2010

Roger Consbruck , Gesundheitsministerium



Grossherzogtum Luxemburg 2010
Gesundheitssystem

Der Krankenhaussektor

Kapitel 1 Über die Entwicklung

**Kurze Entstehungsgeschichte
Von Pilgerhäusern und Hospizen über
Asyle bis zum modernen Krankenhaus**

R. CONSRUCK , Ministère de la Santé Luxemburg; deutsche Übersetzung: Eliane FETTES ; Carole THEISEN



G-D. L. Geschichte der Krankenhäuser : Einführung

Wie überall, ist die Entstehungsgeschichte der Institution Krankenhaus auch in Luxemburg eng verbunden mit der Gegenwart von öffentlicher Armut, von Seuchen und der Ausgrenzung von „Irren und Verrückten“

So entstehen ab dem Mittelalter entstehen nach und nach:

- « Pilgerhäuser » auf den Wegen der Verehrung Heiliger,
- Armenspitäler und Hospize für Notleidende und Sterbende,
- Leprosorien um die Ansteckenden fern zu halten,
- Asyle wo man die Irren wegsperrt,

erst Ende des 20. Jahrhunderts entwickelt sich das Krankenhaus zum Tempel der modernen Medizin.....

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (2)

Der Überlieferung nach sind folgende Gründungen bekannt:

- ~ 698 : das Hospiz Echternach (Pilgerstadt des hl. Willibrord)
(963 « Gründung » von Luxemburg)
- ~ 1308 : das Hospiz St. Jean in Luxembourg
- ~ 1596 : das Hospiz Wiltz (KH. der Heiligen Dreifaltigkeit)

Für die Gründung dieser Hospize werden vorwiegend barmherzige Motive angeführt, sie sollten aber auch Ihren Gründern Seelenablass gewähren...,

- *in diesen « Anstalten » tun die Ordensschwestern ihr Möglichstes,*
- *aber bis ins 20. Jahrhundert lassen sich die Menschen, wenn sie es sich leisten können, so weit wie möglich zu Hause behandeln (inklusive Niederkunft und chirurgische Eingriffe).*

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (3)

- **1680 – 1840 : die Militärkrankenhäuser der sukzessiven Besatzungsmächte**

(p.m: französische Revolution / Napoleon; kein Einfluss in Luxemburg)

- **1855 : das Zentralhospiz in Ettelbruck**, *(diese als Irrenanstalt gegründete Institution - heute Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique für psychiatrische Rehabilitation - ist die erste staatliche Initiative in diesem Bereich)*
- **1869 : das Waisenhaus in Grevenmacher**

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (4)

- **ab ~ 1900** „ ganz dem Zeitgeist entsprechend, Blütezeit der **Krankenhausgründungen**, Initiativen ohne Abstimmungen oder Begründung der Gesamtstrategie“
- **1873 : Klinik Eich (Norbert-Metz-Stiftung)**
- **1882 : Hospiz Diekirch (Ordensschwestern der Heiligen Elisabeth)**
- **1890 : Klinik von Clervaux (Ordensschwestern des Hlg. Franziskus)**
- **1894 : Hospiz St. François Luxembourg (Orden des Hlg. Franziskus)**
- **1899 : Privatklinik Dr. Schumacher-> Clin. Ste Elisabeth Luxemburg**
- **1901 : Klinik St. Joseph Luxemburg (Ordensschwestern des Hlg. Franziskus)**
- **1906 : Krankenstation -> Klinik Düdelingen (Arbed-Gemeinde)**
- **1920 : Klinik Niederkorn (Ordensschwestern der Hlg. Theresia)**
- **1924 : St Theresien-Krankenhaus (Ordensschwestern der Hlg. Theresia)**
- **1927 : St Marienkrankenhaus Esch-Alzette (Orden der Hlg. Elisabeth)**

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (5)

- **1920** : erste zaghafte Verhandlungen um die Gründung eines laizistisches städtischen Krankenhauses in Luxemburg-Stadt
- **1927**: Gründung des KH St. Louis in Ettelbrück (Norden des Landes)

Indessen sieht der Staat, aus Motiven der Volksgesundheit, sich für die Gründung anderer Gesundheitsstrukturen verantwortlich, wie

- das Thermalbad in Bad-Mondorf (1927)
- das Sanatorium in Vianden (1929)

- **1930**: Stadtkrankenhaus Esch – Alzette, das wie diejenigen von Dudeligen (1906) und Niederkorn (1920) aus den Krankenstation der Eisenindustriestandorte im Süden des Landes, in „joint - venture“ mit der „Arbed“ entsteht.

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (6)

- **1945:** 1. kurzlebiges Gesundheitsministerium (Ch. Marx: Chirurg, Widerstandskämpfer, erfüllt diese Aufgabe während 2 Jahren), **danach ist** wiederum, wie seit 1905, die Ärztekammer für die öffentliche Gesundheit zuständig, bis sie ab 1956 nach und nach von dem Gesundheitsamt dieser Aufgabe entbunden wird.
- **1946:** Gründung der Frauenklinik G-D. Charlotte (Staat)
- **1956:** Staatssekretariat für Gesundheit (H. Vouel)
Gründung des Krankenhausdachverbandes (EHL) und u.a. der Krankenhäuser :
 - Sacré-Cœur (Orden des Hlg. Franziskus)
 - Privatklinik Dr. Bohler

Organisation und Struktur der KH's (~ 1900 ~ 1976) :

Verantwortung: gemäss den Gründungsstatuten

Medizin: individueller ärztlicher « Zulassungsvertrag »,

Pflege, Logistik und Hotellerie: wird überall, manchmal als Subunternehmen, von religiösen Ordensschwestern (hauptsächlich aus dem nahen Grenzgebiet) gewährleistet, die von nach und nach von untergeordnetem Laienpersonal unterstützt werden

Verwaltung: « secrétaire-économe » (Einnehmer)

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (8)

Finanzierung des Krankenhauswesens (~ 1900 ~ 1976) :

vor der Entstehung der Sozialversicherungen ~ 1920:

- Armenämter, mildtätige Gaben, Spenden, Vermächtnisse ...

mit der progressiven Entwicklung der Krankenversicherung:

- Verträge mit den Sozialversicherungen, Privatrechnungen, Beisteuerung der Armenämter, Orden oder anderer Hilfswerke,

ab 1956: ausgehandelte Tagessätze (Krankenkassen – Spitalverbund EHL), respektiv Honorare (Krankenkassen – Ärztesyndikat AMMD)

erst mit dem Gesetz von 1992 werden ~ 98,5% der Bevölkerung krankenversichert

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (9)

Punktuell und je nach Versorgungsengpässen, greift der Staat,
nach

und nach auf verschiedenen Ebenen ein; nach dieser doch eher
chaotischen Entwicklung der Strukturen und deren
zunehmenden

Folgekosten, stellt sich immer mehr die Frage seiner Rolle:

- **1960:** Gründung des Kinderkrankenhauses (Fond; Jean et Joséphine Charlotte)
- **1964:** Auftragserteilung der 1. Konzeptstudie «Sunierbericht» (WHO)
- **1968:** Auftragserteilung der 2. Konzeptstudie.

Dieser „Aujaleu-Rösch-Bericht» (WHO) liefert die ersten
konkreten

Lösungsansätze in Punkto Rolle und Verantwortlichkeit des
modernen Staates auf dem Gebiet der Gesundheitsorganisation
und

insbesondere des Rettungs- und Krankenhauswesens.

- **1976:** Gründung des Centre Hospitalier de Luxembourg (finanzielle
Beteiligung 100% und Organisationsgesetz von 1976)

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (10)

> **1970** Da der Staat keinen Einfluss auf die privaten Krankenhausstrukturen hat, sich seiner Rolle „der öffentlichen Hand“ aber nicht weiter entziehen kann, gründet und finanziert er (60%) gemeinsam mit der Stadt Luxemburg (40%) das „Centre Hospitalier de Luxembourg“ (CHL) und vereint in einer Struktur und einem Organisationsgesetz (**1975**)

- die Frauenklinik G-D. Charlotte
- die Kinderklinik und
- das neue städtische Krankenhaus

Dieses alternative Modell dynamisiert fortan das gesamte Krankenhauswesen

und wird zu einem der Grundsteine der neuen Rolle des Staates im Gesundheitswesen

Über die Folgen des Aujaleu-Rösch-Berichtes

(oder die neue Ausrichtung der Gesund-heits und Krankenhauspolitik)

- **1976:** erstes Krankenhausgesetz und erster Spitalplan
- **1986:** Gesetz betreffend den Rettungs- und Notfalldienst
- **1986:** Gesetz betreffend die «Einweisung wider Willen»
(Vorbote der Regelung der Patientenrechte)
- **1986:** Gesetz betreffend das Gesundheitsamt

Die Situation im Krankensektor Ende der 70er Jahre

- Überangebot von «falschen» Akutbetten,
- Mangel an Betten für chronisch Kranke und Alterskranke,
- kleine, überalterte Strukturen,
 - heterogene (innere) Organisation(en),
 - Intransparenz der Aktivitäten und der Funktionen ,
 - Sicherheits und Hygiene-massnahmen aus einer anderen Zeit, Strukturen die keinen Voraussetzungen eines modernen Krankenhauses mehr entsprechen
- starker anhaltender Kostenanstieg

Die Situation im Krankensektor Ende der 70er Jahre

- Die Ära der Ordenschwestern im KHwesen endet abrupt, Diese engagierten, ergebnen und billigen Arbeitskräfte sind veraltet und bleiben ohne Nachwuchs, ihr zweckmäßiges Organisationsmodell ist überholt und muss ersetzt werden,
- ein vergleichbarer Generationswechsel gilt für den medizinischen Bereich
- Der Rückstand im Vergleich zur der Entwicklung in den Nachbarländern ist offensichtlich,
- das Vergütungsmodell ist überholt und die Krankenhäuser die versuchen in den Fortschritt zu investieren sind am Rande des Ruins

Die Situation im Krankenhaussektor Ende der 70er Jahre

Die Krankenhausgesetzgebung von 1976 bleibt quasi unbeachtet

Die Krankenhäuser sind sich des unausweichlichen Eingreifen des Staates bewusst und misstrauisch

Die Finanzierung wird zur Überlebensfrage
Patient, Resultate, Qualität, und Sinnfrage sind nur noch von zweitrangigem Interesse

**Ende des XX. Jahrhunderts:
ein Paradigmenwechsel ist vonnöten**

Der Staat ist gefordert

Initiativen der 90ziger Jahre

- **1990:** erstes Gesetz über die staatlichen finanziellen Beihilfen (« bemerkenswerter medizinischer Fortschritt »)
- **1992:** Gesetz betreffend die Krankenversicherung und die Reform des Gesundheitssektors
- **1994:** erster konsequenter Spitalplan (Abteilungen, erste Elemente bezüglich der Normierungen)

Gesetz von 1992 betreffend die Reform der Krankenkassen und des Gesundheitswesens

Beweggründe der neue Gesetzgebung:

- gleiche Behandlung für alle Krankenhäuser, unabhängig von ihrem Status
- angemessene Dienstleistungen für Pflegeempfänger
- Erhöhung der Transparenz betreffend Krankenhaustätigkeiten
- Effizienz und eine bessere Kostenkontrolle erreichen

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (17)

Gesetz vom **27. Juli 1992** über die Reform der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens

Kapitel 1 : Umfang der Versicherung (obligatorisch, freiwillig, geschützt)

Kapitel 2 : Gegenstand der Versicherung (Zahlung einer Abfindung, Gesundheitsleistungen, Leistungen bei Entbindung, Vergütungen bei Beerdigung)

Kapitel 3 : Finanzierung (System, Beiträge)

Kapitel 4 : Organisation (UCM (**CNS**), CM, Überwachung durch den Staat)

Kapitel 5 : Verhältnis zu den Leistungserbringern (im ambulanten und stationären Bereich, konzertierte Aktion)

Kapitel 6 : Verschiedene Bestimmungen (Regressrecht, Mitwirken der Haftpflicht, Gesundheitsbereich)

Initiativen der 90ziger Jahre

- **1998** : Gesetz « ASFT » (Aktionen im sozio-, familiären- und therapeutischen Bereich) und Gesetz über die Pflegeversicherung
- **1998**: Krankenhausgesetz (erstmalige Erwähnung der Begriffe « Patient », Patientenakte und Rechte und Pflichten des Patienten)
- **1999**: Gesetz betreffend die Ermächtigung des Staates zur Finanzierung der Modernisierung von Krankenhausinfrastrukturen

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (19)

Gesetz vom 19. Juni 1998 über die Einführung der Pflegeversicherung

Kapitel 1 : Definition und Bestimmung der Abhängigkeit, Leistungsempfänger, Leistungen; Rechte und Bedingungen (Zuhause, Institution)

Kapitel 2: Finanzierung (System, Beitrag, Verwaltung)

Kapitel 3: Organisation (O.G.; CEO, Beratender Ausschuss, konzertierte Aktionen)

Kapitel 4: Beziehungen mit den Leistungserbringern

Gesetz vom 8. September 1998, bezüglich des Verhältnisses zwischen dem Staat und den Organisationen welche im sozialen, familiären und therapeutischen Bereich tätig sind (+ Änderungen des FNS-Gesetzes)

Kapitel 1 : Akkreditierung

Kapitel 2 : Finanzielle Unterstützung durch den Staat (Nutzung, Investitionen)

Kapitel 3 : Harmonisierungsausschuss und Beratungsausschuss

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (20)

Krankenhausgesetz vom 28. August 1998 (1)

« Die Daseinsberechtigung des Krankenhauses
ist der Patient »

Kapitel 1 : Anwendungsbereich und Definition

Kapitel 2 : Krankenhausplanung (Gesundheitskarte « *carte sanitaire* », Spitalplan) **siehe Detail 1**

Kapitel 3 : Betriebsgenehmigungen

Kapitel 4 : Krankenhauseinrichtungen

Kapitel 5 : Bestimmung der Normen

Kapitel 6 : Finanzielle Zuschüsse des Staates

Kapitel 7 : Investmentfonds für Infrastrukturen

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (21)

Krankenhausgesetz vom 28. August 1998 (2)

Kapitel 8 : Die Gremien (CPH, Krankenhauskommissar)

Kapitel 9 : Struktur und Betriebsorganisation *siehe Detail 2*

Kapitel 10 : Rechte und Pflichten der Patienten *siehe Detail 3*

Kapitel 11 + 12 : Rechtsmittel

Kapitel 13 : Verschiedenes

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (22)

Krankenhausgesetz vom 28. August 1998: Detail 1

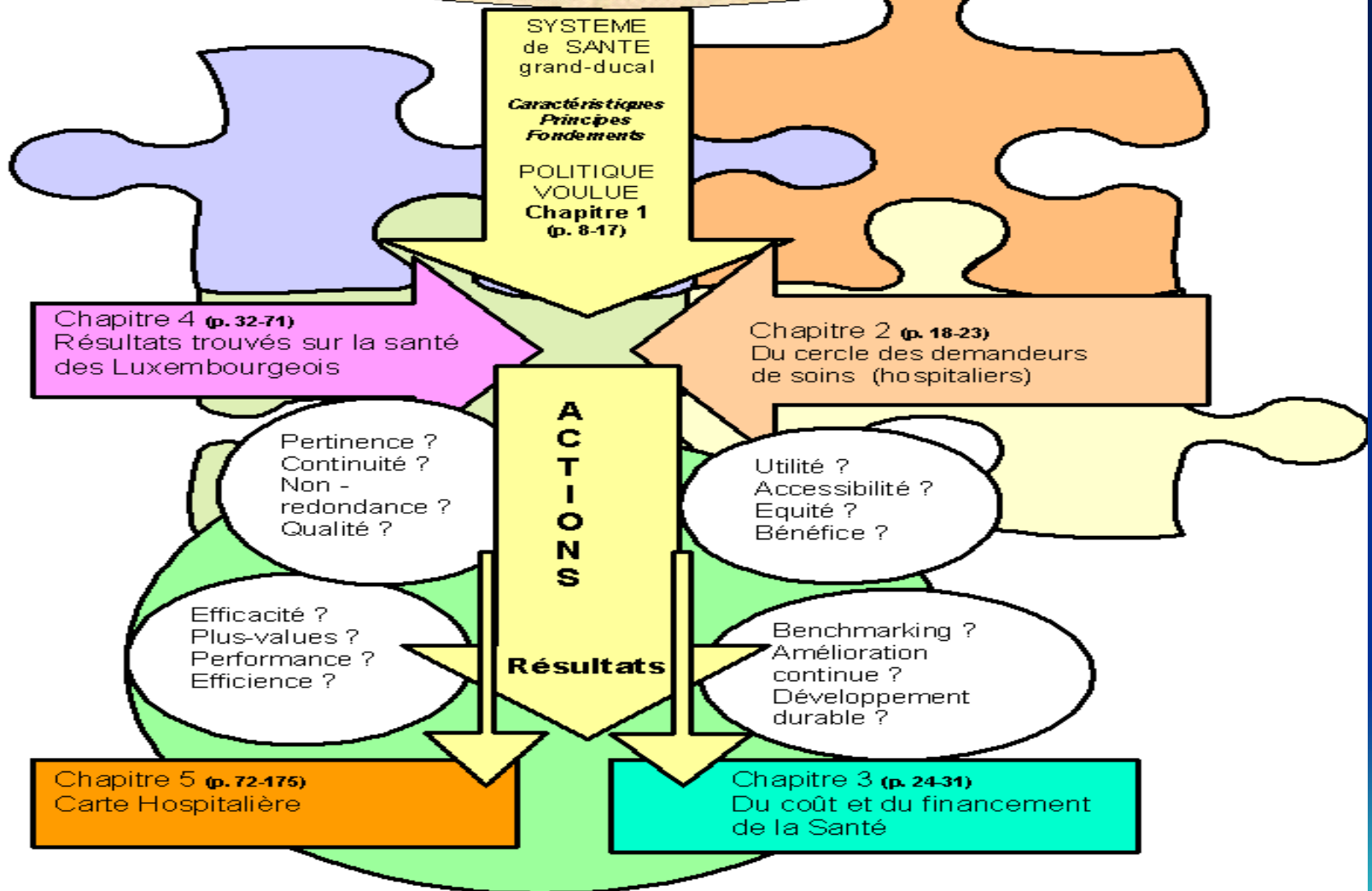
Die „carte sanitaire“ * (der Krankenhausbericht)

Eine Reihe von Dokumenten und Überlegungen betreffend:

- Inventar, Ressourcen und Ausstattung der Krankenhäuser
- Aktivitäten der Krankenhäuser, Diagnosen, Eingriffe, Aufenthaltsdauer, Alter, Werden der Patienten nach der Entlassung
- Nutzungsgrad der Einrichtung und Begründung des Rechtsbehelfs bei Krankenhausbehandlungen im Ausland

hinsichtlich der Erstellung des Spitalplanes

Carte sanitaire 4^{ème} édition 1998-2005 Itinéraire



G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (24)

Krankenhausgesetz vom 28. August 1998 (Detail 1)

Der nationale Krankenhaus(versorgungs)plan

- der den sanitären Bedürfnissen des Landes Rechnung trägt,
- ein effizientes Funktionierens der Krankenhäuser ermöglicht,
- die Krankenhäuser aufgrund von folgenden Kriterien einreicht
 - Versorgungsaufgaben und Ausstattung
 - Kontinuität der Versorgung
 - medizinischen Dienste und Disziplinen
 - ärztlichen Tätigkeit

Übersicht Spitalplan vom 23. März 2009

Kapitel 1	Umfang, Zweck und Definitionen
Kapitel 2	Krankenhausregionen, Klassifizierungskategorien mit den Klassifizierungs-kriterien der Krankenhäuser
Kapitel 3	Gesundheitsbedürfnisse des Landes in den Krankenhäusern: Bettenzahl und Ausstattung
Kapitel 4	Auftrag und minimale Zusammensetzung der Bewertungs- und der Qualitätssicherungsstrukturen der Leistungen und nationale Koordinationsmodalitäten
Kapitel 5	Aufhebung und Schlussbestimmungen
Tabellen	1) Klassifizierung der Betriebe 2) Bettenanzahl 3) Krankenhausleistungen 4) Einrichtungen und Geräte die einer Planung unterliegen

© 2010 R. Consbruck,
Gesundheitsministerium.

G-D. Luxemburg : Krankenhausgeschichte (26)

Krankenhausgesetz vom 28. August 1998

(Detail 2) Kapitel 9 : **Struktur und Betriebsorganisation**

- Das Verwaltungsgremium
- Die Direktion
- Die Dienstleistungen
- Die zugelassenen Leistungen
- Die Patientenakte
- Der Ärztebeirat
- Der gemischte Ausschuss
- Die Krankenhausakte

G-D. Luxemburg : Geschichte der Krankenhäuser (27)

Krankenhausgesetz vom 28. August 1998 (4)

Detail 3 Kapitel 10 : Rechte und Pflichten des Patienten

- Die Pflege, im Einklang mit den etablierten wissenschaftlichen Erkenntnissen und deren Kontinuität gewährleistet sein muss
- Der Schutz der Privatsphäre, Respekt vor den Ansichten
- Informationen hinsichtlich der sachkenntlichen Zustimmung
- Gleicher Zugang und gleiche Pflegequalität
- Interne Ordnungsregeln, Besuchsregelung, vorherige Information über eventuelle Zusatzkosten
- Palliativpflege und Beistand
- Identifizierung der Dienstleister
- Beschwerdenrecht und Behandlung der Beschwerden

Großherzogtum Luxemburg - Das Gesundheitssystem:

Der Krankenhaussektor 2010

Kapitel 2:

Kritische Betrachtungen zu den rezenten Entwicklungen

Feststellungen – Überlegungen - Vorschläge

Schlussfolgerungen des 4. Krankenhausberichtes*

(*carte sanitaire 1998-2005)

Feststellung (1)

- Bedeutsame Veränderungen in der Krankenhauslandschaft in den letzten 10 Jahren
 - Abtrennung der Langzeitstrukturen (seit 1998)
 - Reduzierung der Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser (Fusionen) so wie der Akutbetten (2010: 0,46 0/00)
 - Weiterentwicklung der spezialisierten Kliniken (nationale Zentren für Herzchirurgie, Strahlentherapie, Rehabilitation)
 - Modernisierung der verbleibenden Infrastrukturen (öffentliche Finanzierung)
 - Kontinuierliche Anpassung an den medizinischen Fortschritt (Ausstattungen)

Fazit: ein modernisierter Sektor der großzügig ausgestattet ist

Schlussfolgerungen des 4. Krankenhausberichtes*

(*carte sanitaire 1998-2005)

- **Feststellung (2)**

- **starkes Anwachsen, über den Bevölkerungszuwachs hinaus,**
 - der Krankenhausaktivitäten (Aufnahmen und medizinisch-technischen Bereich)
 - der in den KH's zugelassenen Ärzten(976 (2001)->1181 (2006))
- **keine nachvollziehbaren Rechtfertigungen**
 - dieser Entwicklungen,
 - **keine messbaren Auswirkungen in Punkto**
 - Verbesserung der Resultate und der Qualität
 - der Begründung des « Nutzens und der Notwendigkeit »

? Redundanz ? Verschwendung ?? Missbrauch

Schlussfolgerungen des 4. Krankenhausberichtes*

(*carte sanitaire 1998-2005)

- **Feststellung (3)**
 - **Kostenexplosion** (310 m.€ 2000 -> 576 en 2006)
 - **geringe Transparenz**
 - Mangel an verwertbaren Daten und unzureichender Informationsfluss
 - keine elektronische und standardisierte Patientenakte
 - geringe Integration (? gewollt) der Ärzteschaft
 - sehr progressive Qualitätsverbesserungen (Anreize, EFQM)
 - geringe Messbarkeit, kein öffentliches Benchmarking,
 - wenig Rechenschaft-(spflicht) „accountability“

? Resultate ? Performanz ?? Effizienz

Schlussfolgerungen des 4. Krankenhausberichtes*

(*carte sanitaire 1998-2005)

- **Zusammenfassung der Feststellungen**
- **Die unumgängliche Modernisierung des Krankenhaussektors hat:**
 - **ein modernes und leistungsfähiges Werkzeug geschaffen**
 - dessen Zielsetzungen und Rollen nicht (immer) eindeutig bzw. klar formuliert sind,
 - das eine Eigendynamik entwickelt hat die, wegen der Kostenexplosion, das bestehenden Gesundheits- und Sozialmodel in Nöten bringt,
 - dessen „outcome“ in Punkto Resultate und Qualität nicht messbar ist,
 - **gekennzeichnet durch**
 - moderne Infrastrukturen und eine üppige Ausstattungen,
 - einen Mangel an Transparenz und Rechenschafts-(pflicht),
 - eine Unangemessenheit der Regulierungs- und Führungsmechanismen und eine mangelhafte Steuerbarkeit.

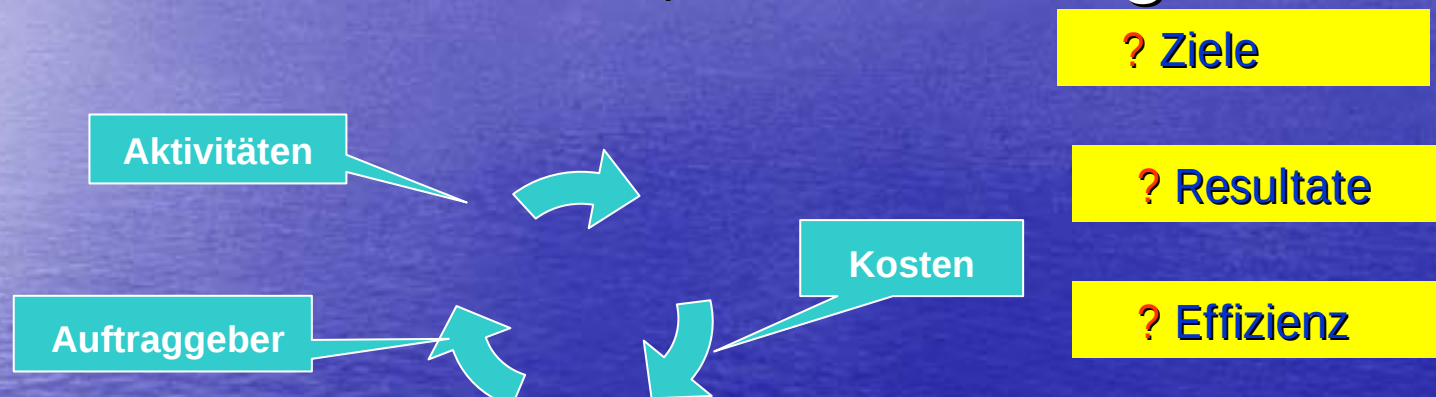
2010 R.Consbruck,

Gesundheitsministerium.

Schlussfolgerungen des 4. Krankenhausberichtes*

(*carte sanitaire 1998-2005)

- **Kritische Analyse: !! ein Teufelskreis der eine Kostenblase verursacht, in eine Sackgasse führt !!**



? Resultate ? Qualität ? Zufriedenheit ? Werden der Patienten ?Effizienz
? Beschränkung auf des Angebrachte, das Nützliche und das Notwendige
? Kohärent mit der Absichtserklärung « Besser ausgeben, besser pflegen »

Krankenhaussektor: **Kritische Analyse**

- **Die Aktivitäten und ihre Entwicklung sind ausser Kontrolle**
 - die Verwaltungsgremien/Direktionen rekrutieren massiv Leistungsverschreiber (Ärzte), haben aber keine finanziellen Verpflichtungen im System,
 - die Ärzte (freie Niederlassung und obligate Kassenzulassung) induzieren die Aktivitäten (totale « therapeutische Freiheit »),
 - die Aktivität verursacht Kosten,
 - die Kosten werden finanziert („Patienten als Geisel“),
 - die Aktivität werden als Bedürfnisse angenommen,
 - das Anwachsen der Bedürfnisse bestimmt das Bedürfnis des Angebotes,
 - das Planungssystem bewilligt zusätzliche Mittel...uws
- **Die Steuerung, vor allem der Kostenentwicklung, erweist sich als quasi unmöglich,**
 - => **Das System wird inflationär, Effektivität, Qualität und Effizienz sind nicht messbar versus nicht nachvollziehbar**

2010 R.Consbruck,

Gesundheitsministerium.

? Ist das Ausgangspostulat (noch) stimmig ?:

Aktivitäten = Bedürfnisse = Rechtfertigung des Angebotes

Gesundheitsbedürfniss = dehn- + beeinfluss- bar durch:



- die Patienten, ihre Anzahl, das System und seine Werte (Solidarität, Gerechtigkeit, Großzügigkeit)
- das Angebot und das Finanzierungssystem
- die Verschreiber: Anzahl und Verschreibungsverhalten
Therapeutische Freiheit, keine Regeln über die Berufsausübung;
keine Beweispflicht für Effizienz, Qualität etc... und
- die Strukturen (Leitungsorgane, Direktion)
Keine Verantwortung in Punkto Kosten, Resultate, Zufriedenheit...
- der medizinische Fortschritt und seine «Verkäufer»
Pharma- und Ausstattungs- Industrie
- die externen Faktoren: u.A. Medien....
- **= Die Nachfrage ist ausser Kontrolle, ihre Rechtfertigung nicht nachweisbar**

Feststellung :
Die Nachvollziehbarkeit der
Bedarfsentstehung ist
heutzutage klar,
Es fehlt jedoch
jegliche Möglichkeit
daerauf einzuwirken

Regelung der Nachfrage durch Angebot und Finanzierungsmodell ? Angemessenheit der Steuerungsinstrumente



Der Krankenhausplan regelt:

die Infrastrukturen und die medizinischen Grossgerät
nicht aber:

- die Aktivitäten und ihr Umfang = Leistungserbringer = Zulassungen
- die Relevanz der Aktivitäten = Leistungserbringer (totale Freiheit)

• Das Haushaltsfinanzierungssystem entscheidet über die

- die Krankenhausbudgets aufgrund der Aktivität
- Bezahlung der Leistungserbringer durch Finanzierung pro Akt

- Die jeweiligen Regeln sind nicht koordiniert,
haben ihre eigene Logik und ... sind teilweise antagonistisch (z.B. Krankenhausabteilungen)

= **die Steuerinstrumente sind unzulänglich,
reichen nicht aus um Nachfrage und Kosten-
entwicklung genügend zu beeinflussen**

2010 R.Consbruck,
Gesundheitsministerium.
Krankenhausgeschichte Kapitel 1

Feststellung :
Die Nachfrage ist mit den
bestehenden Instrumenten
nicht steuerbar,
Mechanismen
ihre Inkohärenz erlaubt
keine Begründung
des Angebotes

Krankenhaussektor: Kritische Analyse

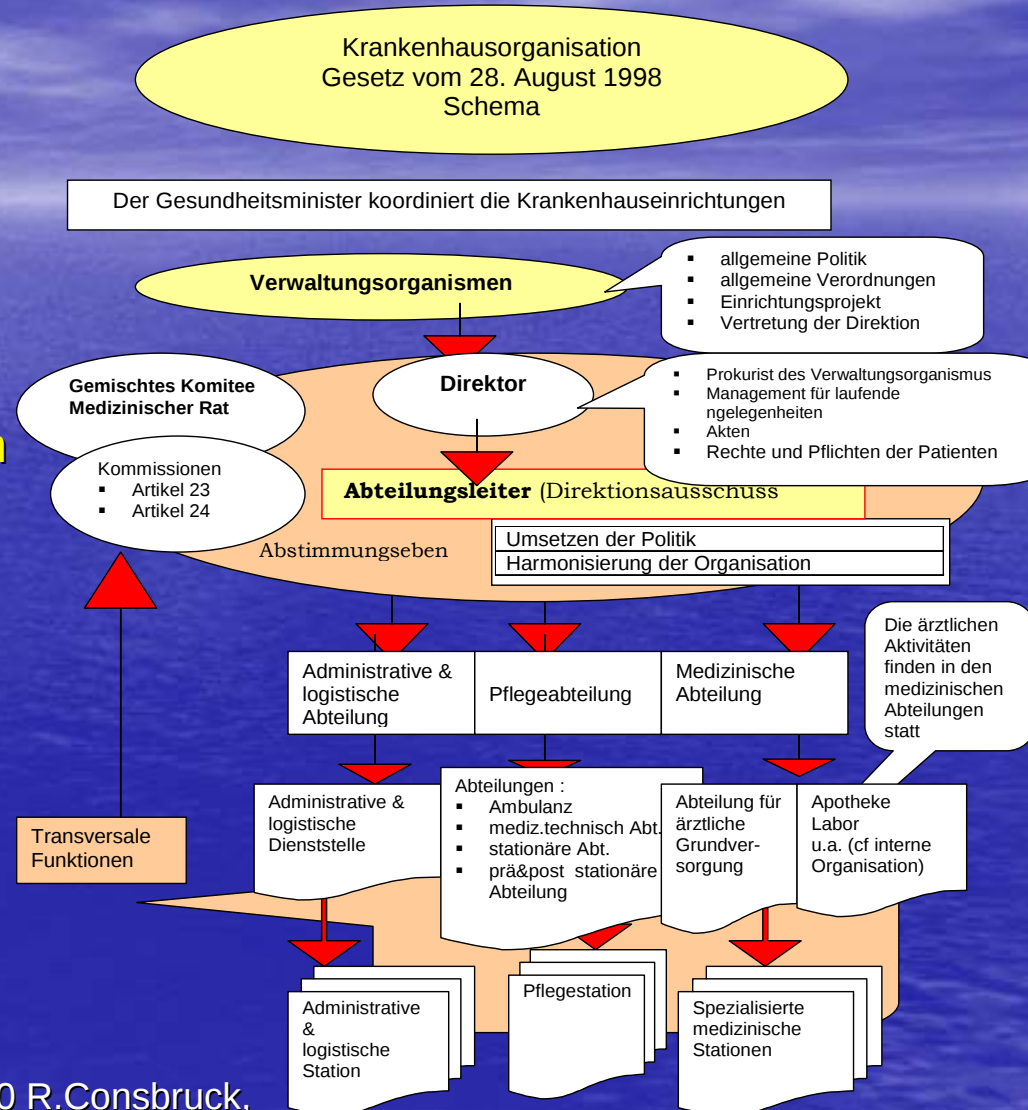
• Inkongruente Steuerung

- Ministerium
- Leitungsorgan des Krankenhauses
- Direktion
- zugelassene Ärzte

- Jeder versteckt sich hinter dem Anderen
- Systematische Machtlosigkeit

⇒ **Feststellung:**

Konzeptuelle Inkongruenz mit einer Kaskade von unerwünschten Folgen



Krankenhaussektor: Kritische Analyse

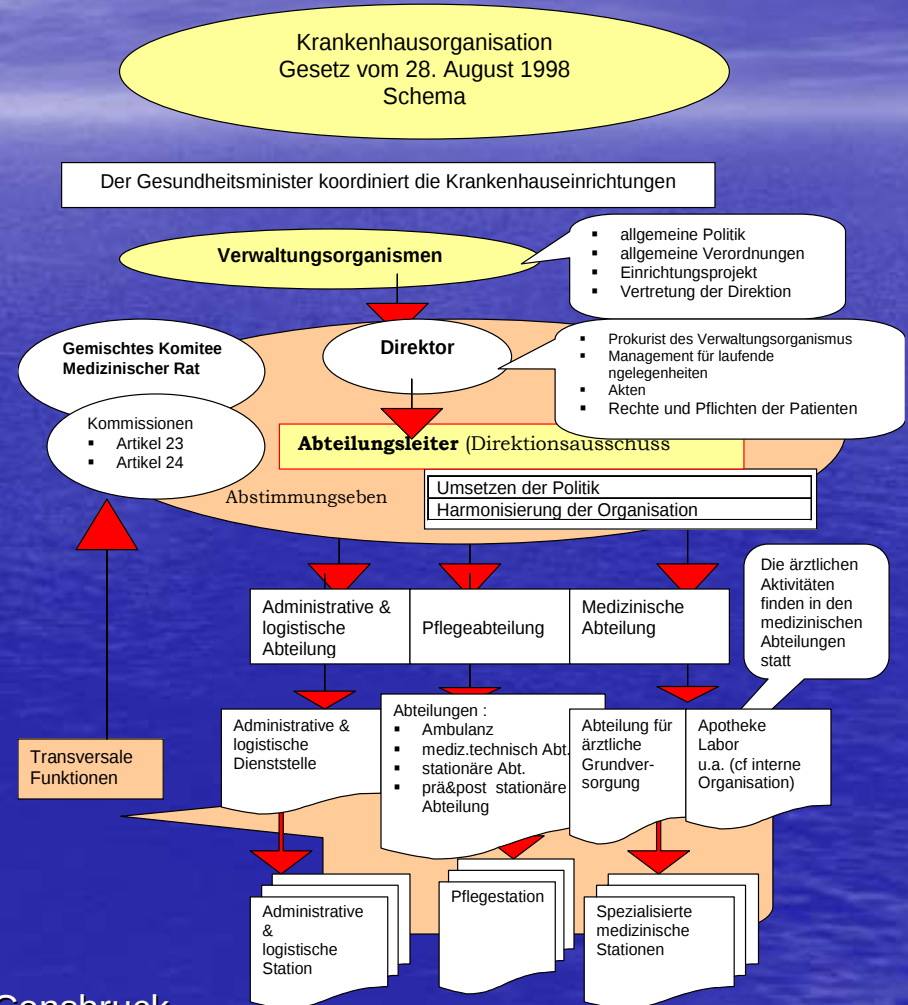
= Unangemessenheit

- des Gesamtkonzeptes und
- der (expliziten) Zielsetzung auf jeder Ebene
- der Daten
- des Informationsflusses
- einer „Armaturentafel“

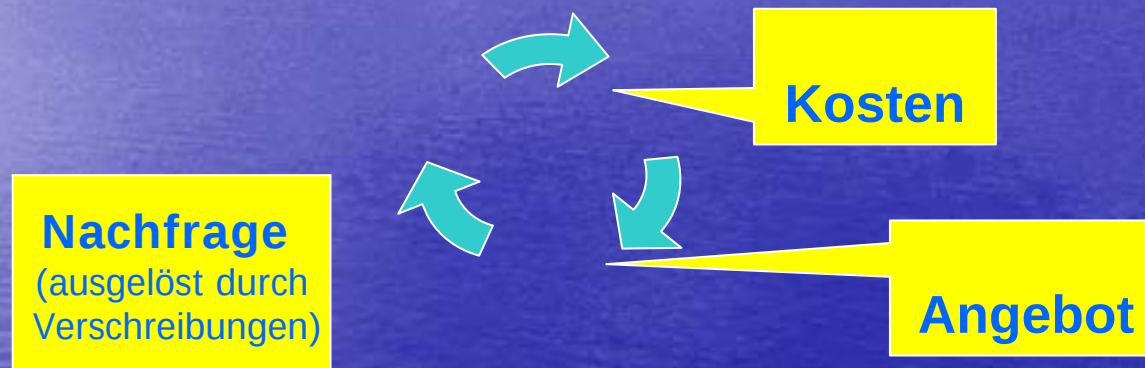
= Unmöglichkeit

- zu steuern, außer auf Sicht
- Produktion und Resultate zu rechtfertigen
- von Verantwortlichkeit
- von kontinuierlicher, gezielter Verbesserung

⇒ Problematische Ausgangssituation



Feststellung: Die Krise macht sich breit
und erhärtet die Situation, verdunkelt die Perspektiven.....



Unter diesen Umständen und den gegenwärtigen Machtverhältnissen ist die These
« Aktivität =Bedarf = gerechtfertigte Nachfrage» zumindest nicht nachweisbar.
Das Krankenhaus wird zum Spielball der Interessen anderer Akteure, aber
wo bleibt der Patient ?, steht er noch im Mittelpunkt ??

Den Teufelskreis durchbrechen

Um den Teufelskreis zu durchbrechen sind die bestehenden Steuerinstrumente nicht angepasst oder reichen nicht aus.

Es gibt dringenden Handlungsbedarf auf mehreren Ebenen,

Finanzierungsmodelle und Angebote dürfen keine falschen Anreize schaffen sondern die gemeinsam gewollte Zielsetzung kohärent anvisieren.

grundsätzliche Fragen klären:

**Konsens finden für widersprüchliche Anforderungen
verständliche, explizite Zielsetzungen formulieren:**

Erwartungen:

Performanz, Effektivität, keine Wartezeiten, Qualität,
Transparenz, Menschlichkeit, geringe Kosten, Effizienz

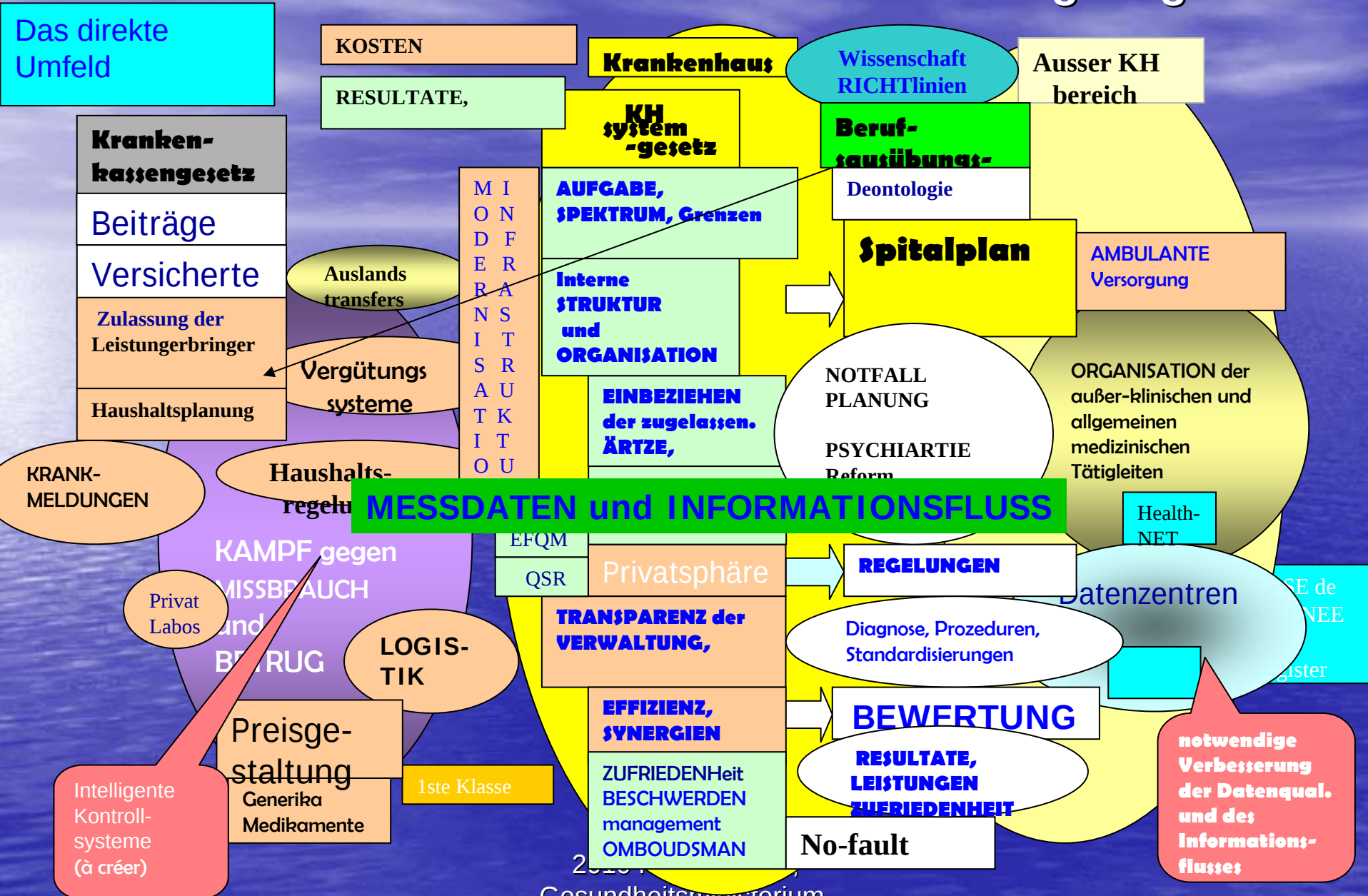
Werte:

Solidarität, Generosität, freie Wahl, gleiche Behandlung
für alle, obligate Kassenzulassung, Behandlungsfreiheit,
Tarifautonomie, attraktive Arbeitsbedingungen

momentanes Umfeld:

Finanzierungsdefizite, Finanzkrise, ? Messbarkeit der
(drohenden) Abweichungen von den Zielsetzungen

den Interaktionen des Umfeldes Rechnung tragen



Aus der Sackgasse heraus

Vorfragen klären:

- ? Welche sind die Ziele und die spezifischen Aufgaben des Krankenhauses und seiner verschiedener Kategorien?
- ? Welches ist die Rolle für das KH. im Gesundheitssystem?
- ? Welche Steuerung, vom wem, mit welchen Instrumenten?,
- ? Welche Regeln, welche Synergien und Zusammenarbeit, welche Rechenschaftspflicht, wem gegenüber...etc ?
- ? Was können/wollen wir uns leisten ?
- ? Welche „pittfalls“ gilt es demnach zu vermeiden?

Aus der Sackgasse heraus

Der Patient, Daseinsberechtigung des Krankenhauses

- ☐ Der Patient steht im Mittelpunkt der Bemühungen und Anliegen aller Beteiligten.
- ☐ Die Ergebnisse und die Wertschöpfung für die Patienten sind messbar und vergleichbar.
- ☐ Es gibt eine ständige Infragestellung der Resultate und der Vorgehensweisen , eine Verpflichtung zu Effizienz der Maßnahmen, Koordinierung der Bemühungen und Sorge für eine kontinuierliche Verbesserung und eine nachhaltige Entwicklung.
- ☐ Das System, das vollständig durch öffentliche Solidarität finanziert wird, verpflichtet die Akteure, Rechenschaft abzulegen und ständig nach den besten Antworten zu suchen um die evoluierenden Ziele zu erreichen.

Der Patient im Mittelpunkt

➤ „First no harm“

- Sinnvolle, effiziente, gezielte und vernetzte Aktionen,
- Patient-safety (Verwaltung der unerwünschten Ereignisse, risk-management, learn by experience, no fault)

➤ „Efficiency“

- (gute) Resultate, Qualität, Zufriedenheit, kontinuierliche Verbesserung

➤ Justice-Fairness: ausgewogene Balance von Rechten und Pflichten sowohl der Patienten, wie der Leistungserbringer, Solidarität etc..

? Konformität mit den gegebenen (Gesetzes)- Grundlagen

Aus der Sackgasse heraus

Ziele und Rollen des Krankenhauses überdenken:

- das KH als Säule des Gesundheitssystems
- unumgängliche Struktur für spezifische Dienstleistungen
- auf das Werden des Patienten ausgerichtet
- auf Effizienz und nachhaltige Entwicklung ausgerichtete Steuerung
- Transparenz, Resultate und Rechenschaftspflicht

? Kohärenz mit der aktuellen Gesetzesgebung und der Krankenhausplanung

Aus der Sackgasse heraus

Verantwortlichkeiten der Strukturen, der Organisation und Aufgabenstellungen prüfen

- Politik

- Gesundheitspolitik: « Stewardship », Aufsichtspflicht
- Krankenkassen: Finanzierungspolitik

- Aufsichtsgremien

- Direktion (Organisation, überstrukturierte Zusammenarbeit im Sinne des Wohls der Patienten)

- Dienstleister (Zulassungen, Regeln hinsichtlich der Berufsausübung, Integration und Beteiligung an der Verantwortung für die gemeinsame Umsetzung der Ziele)

? angepasste Gesetzgebungen und Novellierungen

Aus der Sackgasse heraus

sich die Mittel für Messbarkeit und Steuerung geben

- standardisierte Patientenakte, Datenbasis, Auswertungskonzept
- Vergleiche u. Bewertung der Resultate, Infragestellungen aufgrund von Fakten, Dynamik der kontinuierlichen Verbesserung,
- (öffentliche) Berichterstattung, internationale Kompetitivität

jeden in die Lage versetzen seinen Aufgaben gerecht werden zu können

To do

- ⇒ belastbare Daten an der Quelle erheben (e- Patientenakte)
- ⇒ einen kohärenten Informationsfluss gewähren (Interoperabilität)
- ⇒ „Cockpits“ zur zielorientierten Steuerung erstellen

Aus der Sackgasse heraus

- Zielsetzungen, Steuerung und Messinstrumente harmonisieren,
- Redundanzen und Ineffizienzen ausmerzen, Verschwendungen vorbeugen, Missbrauch verhindern,
- Anreize prüfen, Kohärenz von Angebot und Finanzierung prüfen ggf. berichtigen,
- die richtigen Finanzierungsmodelle, wohl letztlich der mächtigste Anreiz für Aktivitäten, für die (jeweiligen) Zielsetzungen wählen,

Finanzierungssystem und Zielsetzungen

Ein intelligentes Finanzierungssystem
darf keinesfalls *a priori*
den Schwerpunkt auf Quantität oder
Maximierung des Gewinnes für
Leistungserbringer setzen,
ansonsten
fördert es zwangsweise eine „Produktionslogik“,
diese wiederum
führt zu dem beschriebenen Teufelskreis den es zu
durchbrechen gilt

Anforderungen an ein intelligentes Finanzierungssystem

- ☐ kohärent mit den Zielen der Gesundheitspolitik und dem „Werden des Patienten“ als Mittelpunkt,
- ☐ auf objektiven Daten und Rechtfertigungen der Leistungen beruhen und eine plausible Korrelation mit den Resultaten ermöglichen,
- ☐ Vermeidung von Redundanzen, Prävention und Früherkennung von Verschwendung, Missbrauchs und « Scharlatanismus », schachmatt gegen Betrug,
- ☐ Belohnung der Resultate, der Qualität der Leistung, der engagierten Mitarbeit bei den Bemühungen um kontinuierliche Verbesserungusw...

Zusammenfassung (1)

Die rezente Modernisierung des Krankenhauswesens hat die Entwicklung seines Potentials in dem Masse gefördert, dass Schwachstellen des aktuellen Gesundheits - und Kranken - versicherungssystems offensichtlich werden.

Die Krise bringt das System in Gefahr.

Zusammenfassung (2)

**Die Diagnosen des Übels sind gestellt,
die Anforderungen an die Therapie bekannt,
Handlungsbedarf ist gegeben**

Bei Abstinenz drohen die Prognosen sich drastisch zu verschlechtern und die bisherigen Errungenschaften in Frage zu stellen

(Provisorische) Schlussfolgerung:

Auch in Luxemburg wird das Krankenhaus von morgen zwangsweise anders sein, seine Weiterentwicklung hängt ab von:

- ❑ wirtschaftlichen Zwängen.
- ❑ dem Fortschritt der Wissenschaften
- ❑ der Evolution der gesellschaftlichen Werte (+Politik +Ethik)
- ❑ aber vor allem der Intelligenz seiner Konzeption, der Möglichkeit und der Umsichtigkeit seiner Steuerung
- ❑ der Weisheit seiner „Gouvernance“

Die rezenten Erfahrungen und die Krise fordern zum Handeln auf und erfordern eine gründlegende überfällige Reform, die die « Lethargie der Bequemlichkeit » immer wieder um hinausschob, so lange die Finanzsituation es erlaubte.

Diskussion

Danke