



Wirtschafts- und Sozialrat
der Deutschsprachigen
Gemeinschaft Belgiens

Eupen, den 17. Oktober 2017

Stellungnahme

Stellungnahme zur Zukunftsvision 2025 des Krankenhauswesens der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Der Wirtschafts- und Sozialrat der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens (WSR) hat auf Anfrage des Ministers für Familie, Gesundheit und Soziales eine Stellungnahme zu oben genannter Zukunftsvision verfasst.

Der geschäftsführende Ausschuss des WSR hat sich in seiner Sitzung vom 11. Oktober 2017 und das Plenum des WSR in seinen Sitzungen vom 26. September 2017 und vom 17. Oktober 2017 mit dieser Thematik befasst. Der WSR gibt zu diesem Konzept folgende Stellungnahme ab.

* *
*

Rechtlicher Rahmen

Laut dem Dekret zur Schaffung eines Wirtschafts- und Sozialrates der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 26. Juni 2000, Kapitel 1, Artikel 2 hat der WSR die Aufgabe, aus eigener Initiative oder auf Anfrage der Regierung der DG Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Ausbildung oder Beschäftigung zu erstellen.

Aufgrund der o.g. dekretal verankerten Aufgabe hat der WSR eine Stellungnahme auf Anfrage des zuständigen Ministers zur Zukunftsvision 2025 des Krankenhauswesens der Deutschsprachigen Gemeinschaft verfasst.

Einleitung

Der Wirtschafts- und Sozialrat vertritt schon seit Langem die Meinung, dass die hochwertige und sprachlich angepasste medizinische Versorgung für alle Bürger der Deutschsprachigen Gemeinschaft gewährleistet bleiben muss. Dies gilt insbesondere für die Bevölkerung im ländlichen Raum.

Im Rahmen der Zukunftssicherung der beiden Krankenhäuser der Deutschsprachigen Gemeinschaft unterstützen wir ausdrücklich die Bestrebungen, die beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu erhalten.

Im Rahmen der sechsten Staatsreform (föderales Abkommen vom 11. Oktober 2011 zu den institutionellen Reformen) wurde der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Bereich des Krankenhauswesens die Zuständigkeit für die Finanzierung der Krankenhausinfrastrukturen (A1 und A3), die Festlegung der Krankenhausnormen und die Umwandlung von Krankenhausbetten übertragen. Zwecks Sicherung der Kontinuität in diesem Bereich, wurden verschiedene Übergangsperioden und -protokolle vereinbart. Die finanzielle Zuständigkeit wurde von der Deutschsprachigen Gemeinschaft bereits am 1. Januar 2015 übernommen. Für die weiteren Zuständigkeiten im Bereich Gesundheit und Senioren gilt derzeit eine Übergangsperiode bis zum 31. Dezember 2018.

Auf den folgenden Seiten möchten wir kurz auf die bisherige Behandlung des Themas durch den WSR schauen.

Im nächsten Kapitel setzen wir uns mit der Zukunftsvision 2025 des Krankenhauswesens der Deutschsprachigen Gemeinschaft auseinander, welche dem Plenum des WSR in seiner Versammlung vom 26. September 2017 durch den zuständigen Minister für Familie, Gesundheit und Soziales, Herrn Antonios Antoniadis, vorgestellt wurde. Die Struktur dazu haben wir aus der entsprechenden Präsentation des zuständigen Ministers übernommen.

Grundlage für unsere verschiedenen Standpunkte zur Vision der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft bilden u.a. die durch unsere Vertreter in der Arbeitsgruppe Staatsreform (Gesundheit) herausgebildeten Positionen. Unsere Vertreter in diesem Gremium haben die dort verrichtete Arbeit maßgeblich mitgeprägt. Es ist deshalb kohärent für unsere Position als WSR, dass wir uns auf die Empfehlungen unserer Mitglieder in dieser Arbeitsgruppe stützen.

Zum Schluss unserer Stellungnahme folgen einige abschließende Bemerkungen.

Kontext

Das Krankenhauswesen als Arbeitsthema des WSR

Im Dezember 2013 äußerten wir im Positionspapier zu den Wahlen 2014 unsere Meinung, dass die Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft sich auf bestimmte, miteinander abgesprochene medizinische Schwerpunkte spezialisieren und Doppelangebote vermeiden sollten. Außerdem regten wir Kooperationen mit auswärtigen Krankenhäusern an. Wir wiesen auf die Finanzierungsprobleme der beiden Krankenhäuser hin, und riefen dazu auf, auf nationaler, regionaler und gemeinschaftlicher Ebene für den Erhalt „kleiner Strukturen“ zu kämpfen.

Im März 2014 regten wir in der Stellungnahme zur Ideensammlung für das zweite Regionale Entwicklungskonzept der Deutschsprachigen Gemeinschaft u.a. an, vor allem Kooperationen mit einzelnen Abteilungen verschiedener Krankenhäuser zu schaffen und nicht nur mit einem gemeinsamen Partnerkrankenhaus. Der Patient sollte weiterhin die freie Wahl des Dienstleisters haben.

Im März 2015 äußerten wir uns im Gutachten zum vierten Band des Regionalen Entwicklungskonzepts der Deutschsprachigen Gemeinschaft (REK II) ausführlich zur Zukunftssicherung der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

Zitat aus dem Gutachten vom 24. März 2015 zum vierten Band des Regionalen Entwicklungskonzept der Deutschsprachigen Gemeinschaft (REK II): „Wir begrüßen ausdrücklich den Wunsch, die beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu erhalten und durch die Kooperation untereinander und mit anderen Krankenhäusern leistungsfähiger zu machen. Die Krankenhäuser in der DG sollen sich auf bestimmte, miteinander abgesprochene medizinische Schwerpunkte spezialisieren, um doppelte Anstrengungen im selben Bereich zu vermeiden. Für Behandlungen, die in den beiden Krankenhäusern der Deutschsprachigen Gemeinschaft nicht durchgeführt werden können, müssen verstärkt Kooperationen mit auswärtigen Krankenhäusern eingegangen werden. Es gilt dabei unserer Meinung nach vor allem Kooperationen mit einzelnen Abteilungen verschiedener Krankenhäuser zu schaffen und nicht nur mit einem gemeinsamen Partnerkrankenhaus. Der Patient sollte weiterhin die freie Wahl des Dienstleisters haben. Für mögliche Kooperationen zwischen Krankenhäusern im Inland verweisen wir beispielhaft auf das sogenannte "Bassin de soins" das u.a. in Lüttich geschaffen wurde. Auch grenzüberschreitende Kooperationen sollten, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Sprache, ins Auge gefasst werden. Modelle wie z.B. das IZOM-Abkommen in der Euregio-Maas-Rhein, welche die grenzüberschreitende fachärztliche Versorgung regeln, sollten deshalb dauerhaft festgeschrieben werden.“

Wichtig ist uns in diesem Zusammenhang auch, dass es weiterhin Angebote in deutscher Sprache gibt und dass die Krankenhäuser und die dort praktizierenden Ärzte

die LIKIV-Tarife anwenden. Die Spezialisierung der Krankenhäuser auf bestimmte Tätigkeiten darf, im Falle notwendiger Krankentransporte zu weiter vom Wohnort entfernten Krankenhäusern, keine zu hohen Kosten für die Patienten nach sich ziehen.

Vor dem Hintergrund der ungenügenden Grundfinanzierung der Krankenhäuser durch den Föderalstaat, haben wir in Bezug auf deren Zukunftssicherung große Befürchtungen. Es bedarf einer Revision der Grundfinanzierung der Krankenhäuser auf nationaler Ebene. Wir rufen unsere politischen Vertreter auf nationaler Ebene deshalb dazu auf aktiv zu werden.“

Die Krankenhäuser als Standortfaktor

Das Krankenhauswesen der Deutschsprachigen Gemeinschaft leistet effektiv einen wichtigen Beitrag zur sozialen und kulturellen Strukturierung. Es bietet, wie in der Vision angesprochen, Sicherheit für die Bevölkerung der Deutschsprachigen Gemeinschaft (und darüber hinaus) und generiert eine bedeutende Wirtschaftsaktivität und zahlreiche Arbeitsplätze. Das Krankenhauswesen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft bietet sowohl bei den „weichen“, als auch bei den „harten“ Standortfaktoren einen wichtigen Trumpf.

Die vergleichende regionalökonomische Analyse der DG¹, welche wir durchführen ließen, kam zu dem Schluss, dass sich die regionale Entwicklung der Deutschsprachigen Gemeinschaft unter anderem durch eine Erhöhung der Standortattraktivität positiv beeinflussen lassen könnte. Die eher schwachen Vergleichsergebnisse der obengenannten Analyse ist den Autoren zufolge nicht primär der Wirtschaftsstruktur geschuldet, sondern eher den Standortfaktoren zuzuschreiben. Deshalb müssten die Standortfaktoren in der Deutschsprachigen Gemeinschaft z.B. was Infrastruktur, Mobilität und Lebensqualität anbelangt, verbessert werden. Die Aufrechterhaltung des bestehenden Krankenhausangebots spielt dabei eine wichtige Rolle. Auch bei der Entscheidung zur Ansiedlung neuer Unternehmen oder von einwandernden Bürgern ist eine gut funktionierende Gesundheitsversorgung unabdingbar.

Die Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft spielen außerdem eine wichtige Rolle als Ausbildungsbetriebe. In Zusammenarbeit mit der Christlichen Krankenpflegevereinigung der Deutschsprachigen Gemeinschaft (KPVDB), der Autonomen Hochschule der Deutschsprachigen Gemeinschaft (AHS) und diversen Universitäten, bieten sie zahlreichen Auszubildenden und Studenten einen Praktikumsplatz.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser ein bedeutender Arbeitgeber. Alleine das Sankt-Nikolaus-Hospital in Eupen beschäftigte Ende 2016 laut Sozialbilanz 557 Mitarbeiter (446,68 VZÄ) und ist damit der zweitgrößte private Arbeitgeber in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Die Klinik St. Josef in Sankt Vith beschäftigte Ende 2016 laut Sozialbilanz 467 Mitarbeiter (343,72 VZÄ). Zusammen gezählt bieten die Krankenhäuser damit knapp fünf Prozent aller Arbeitnehmer mit Arbeitsort Deutschsprachigen Gemeinschaft einen Arbeitsplatz. Die beiden Häuser geben damit dem wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben einen wichtigen Impuls.

¹ Vergleichende regionalökonomische Analyse für den Wirtschafts- und Sozialrat der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens. Rusche, Oberst: 2012

Zur Vision

Wir befürworten den geplanten Erhalt beider Krankenhausstandorte mit einer festeren Verankerung in der Deutschsprachige Gemeinschaft. Wir befürworten ebenfalls, dass sich die Deutschsprachige Gemeinschaft aktiv dafür einsetzt, dass die Entscheidungsbefugnis der beiden Krankenhäuser im deutschsprachigen Gebiet direkt in der Verantwortung dieser Institutionen bleibt, und dass sie untereinander Synergien schaffen.

In diesem Sinne sprechen wir uns für die Gewährleistung einer tiefgehenden Kommunikation der Verwaltungsräte der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft aus. Bisher fehlt es unserer Meinung nach an einer genügenden Artikulation zwischen diesen Entscheidungsträgern. Ebenso fehlt diesen Gremien ein gemeinsames Gesamtkonzept zur weiteren Zusammenarbeit.

Die Zukunftsvision sieht die Zusammenarbeit mit einem Referenzkrankenhaus (Centre hospitalier chrétien Lüttich, CHC) vor (meist wurde in den bisherigen Diskussionen über einen privilegierten Partner gesprochen, die Bezeichnung Referenzkrankenhaus kommt aus der Reform der föderalen Gesundheitsministerin, Frau de Block). In einer früheren Stellungnahme² haben wir eine verstärkte Kooperation mit verschiedenen Abteilungen verschiedener Krankenhäuser bevorzugt, um die jeweils höchste Qualität der Behandlung der Patienten zu sichern. Nun liegt mit dem CHC bereits ein Kooperationsvertrag vor. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass die erwartete Qualität von diesem Krankenhaus gewährleistet wird. Wir sind der Meinung, dass auch weiterhin die freie Wahl des Dienstleisters für die Patienten bestehen bleiben muss. Die behandelnden Ärzte sollen die Entscheidung über das geeignete Krankenhaus objektiv im Sinne des Patienten treffen und nicht im Sinne der Interessen des Referenzkrankenhauses. Die Behandlung sollte dann ggfs. auch in einem anderen Krankenhaus stattfinden. Dies schließt in unseren Augen auch die Möglichkeit ein, sich im Ausland behandeln zu lassen. Unseren Informationen zufolge sieht der Kooperationsvertrag zwischen den Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft und dem CHC vor, das bestehende Kooperationen z.B. mit den Kliniken von Leuven (UZ Leuven), Prüm (St. Josef Krankenhaus), Verviers (CHRV), Aachen (Uniklinik Aachen) usw. nicht in Frage gestellt werden und die „therapeutische Freiheit“ des Arztes nicht eingeschränkt wird. Dies bedeutet konkret, dass jeder Arzt frei ist, seine Patienten zum CHC oder zu einem anderen Krankenhaus zu senden.

In der Zukunftsvision wird ein Portfolio an Mindestdienstleistungen aufgeführt, welches beide Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft anbieten sollen. Wir regen dazu an, dieses Portfolio mit den Dienstleistungen zu vergleichen, welche in den Diskussionen innerhalb der AG Staatsreform Gesundheit als Basisversorgung (nach deutscher Definition) definiert wurden und das Portfolio ggfs. entsprechend zu erweitern

² Gutachten des WSR zum vierten Band des REK der Deutschsprachigen Gemeinschaft, 2015.

Die Vision legt sich auf ein Referenzkrankenhaus fest und möchte die Abwanderung von Patienten verringern. Da das Potential an Patienten im Einzugsgebiet der Krankenhäuser der Deutschsprachigen Gemeinschaft begrenzt ist und vor dem Hintergrund, dass auch die anderen Krankenhäuser im Zuge der Reformen des Gesundheitswesens Verbesserungen in ihren Dienstleistungen anstreben werden, ist für die hiesigen Krankenhäuser ein besonders großer qualitativer Sprung nötig, um wachsen zu können. Mittelpunkt der Wachstumsstrategie muss immer der Patient sein.

Die angebotenen Dienste in den beiden Krankenhäusern der Deutschsprachigen Gemeinschaft und im Referenzkrankenhaus müssen den Bürgern der Deutschsprachigen Gemeinschaft in deutscher Sprache zugänglich sein.

Außerdem ist es uns wichtig, dass die dort praktizierenden Ärzte die LIKIV-Tarife anwenden. Hilfsweise sollte den Patienten vorab eine deutliche und transparente Kostenaufstellung ausgehändigt werden. Problematisch ist, dass die Krankenhäuser oder besser gesagt deren Leitung keinen Einfluss darauf haben, wann und wie oft die Ärzte „konventioniert“ oder „nicht konventioniert“ arbeiten. Jeder Arzt muss dies dem Patienten deutlich mitteilen, damit diese in Kenntnis der entstehenden Kosten behandelt werden kann. Die Kontrolle kann aber eigentlich nur die LIKIV vornehmen und nicht die Leitung des Krankenhauses, die ja auch keine Einsicht in die Einnahmen der Ärzte hat.

Die Zukunftsvision sieht vor, dass das Krankenhauswesen der Deutschsprachigen Gemeinschaft Teil eines Pflagenetzwerks sein wird, das gemeinsam mit den vorgeschalteten und den nachgeschalteten Strukturen der Gemeinschaft entwickelt wird. Wir befürworten die Verbesserung der Vor-, Ver- und Nachsorge. Es muss aber darauf geachtet werden, dass die verschiedenen Dienste nicht in Konkurrenz zueinanderstehen, sondern auch hier miteinander kommunizieren und kooperieren.

Die Zukunftsvision hat zum Ziel, schrittweise zu möglichst weitreichenden Größenvorteilen zwischen den beiden Krankhausstandorten zu gelangen. Dazu listet sie einige Dienste auf, die zusammengelegt werden sollten. Die Liste enthält auch einen Outsourcingvertrag. Vor jedem Outsourcing muss aber geprüft werden, ob dem Krankenhaus dadurch nicht soziale Vorteile wie LSS-Erleichterungen, Maribel-Stellen o.ä. verloren gehen. Es darf nicht dazu kommen, dass Dienste im Endeffekt teurer werden als bisher. Auch sollte darauf geachtet werden, lokale Anbieter von Dienstleistungen nicht zu verdrängen.

Die Zukunftsvision sieht die Schaffung von zwischen den Standorten geteilten, medizinischen Diensten vor, wobei die Mobilität der Fachleute statt die der Patienten gefördert wird, was wir begrüßen. Wir schlagen vor, dass die beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft ihre Zusammenarbeit intensivieren, mit dem Ziel sich auf bestimmte, miteinander abgesprochene Schwerpunkte zu spezialisieren.

Zum Schluss

Wir verweisen auf die, auch von den WSR-Vertretern in der AG Staatsreform Gesundheit getragenen Empfehlungen und möchten die folgenden sechs Aspekte als Grundlage der zukünftigen Krankenhauspolitik betonen:

- wohnortnah;
- bezahlbar;
- qualitativ;
- bedarfsgerecht;
- in deutscher Sprache;
- Vermeidung einer zwei-Klassen-Medizin.

Die Krankenhausvision 2025 des Ministers erachten wir insgesamt als ein zukunftsgerichtetes und inhaltlich gut durchdachtes Strategiepapier. Wir unterstützen die dort formulierten Maßnahmen und Projekte. Wir regen die beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu einer möglichst umfassenden Kooperation an. Dies ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der von der föderalen Gesundheitsministerin geplanten Reform der Krankenhauslandschaft von großer Bedeutung. Die föderale Gesundheitsreform mit all ihren bestehenden Unklarheiten stellt eine große Herausforderung für den Standort beider Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft dar.

Darüber hinaus sind wir der Meinung, dass in beiden Krankenhäusern in der Deutschsprachige Gemeinschaft möglichst umfangreiche Notarztzentren bestehen müssen. Wir möchten an dieser Stelle auch auf das Centre Médical Hélicoptéré in Bra-sur-Lienne verweisen, dessen Rettungshubschrauber einen wichtigen Baustein in der notärztlichen Versorgung darstellt und der immer noch nicht über eine Anerkennung verfügt.

Grundsätzlich wiederholen wir auch unseren Wunsch, dass die Sozialpartner dauerhaft in die Gestaltung der Krankenhauspolitik eingebunden werden müssen. Wir möchten über die weiteren Entwicklungen systematisch und zeitnah informiert werden.

Bernd Despineux
Präsident