

Siebte Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen

Strukturwandel im Krankenhaus

Die Jahrestagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen, die vom 19. bis zum 20. Januar 2001 in Hamburg stattfand, hat sich mittlerweile zu einem der wesentlichen gesundheitspolitischen Eckpunkte des Kongreßkalenders entwickelt. Eine stattliche Zahl von 400 Teilnehmern beschäftigte sich mit den Herausforderungen und drängenden Fragen, die die aktuellen Veränderungen im Gesundheitssystem an die Klinikleiter herantragen. Sein Unverständnis über die derzeitige Gesundheitspolitik artikuliert der Präsident der Bundesärztekammer, J.-D. Hoppe, während der Podiumsdiskussion über pauschalierte Entgeltsysteme: Ein Konzept hinter der Überführung des niedergelassenen Bereichs vom Wettbewerb in die Planung und der gleichzeitigen Entlassung des stationären Bereichs

von der Planung in den Wettbewerb sei beim besten Willen nicht zu erkennen.

Ende der Mildtätigkeit: Gesundheitswesen auf dem Weg zum Gesundheitsmarkt

Hoppe sieht das Gesundheitswesen auf dem Weg zum Gesundheitsmarkt – Mildtätigkeit sei vorbei, Barmherzigkeit nicht mehr gefragt. Nicht nur der Präsident der Bundesärztekammer war irritiert, auch die übrigen Teilnehmer des ersten Podiumsgesprächs stellten einhellig fest, daß derzeit auf viel zu schmaler finanzieller Basis ein System im Crash-Verfahren übernommen werden solle, das man in Australien seit über fünf Jahren einführe – allerdings unterstützt durch breitgefächerte Arbeitsgruppen und Millionen von Dollar –, wie H. Bauer (Altötting) ausführte. Die zusätzlichen Probleme, die sich aus der Umstellung auf die zwei neuen Versionen des ICD 10-Systems und die Aufblähung des OPS 301 ergeben haben, seien bislang in keinem Krankenhausinformationssystem abbildbar. Zudem fehle noch immer ein erläuterndes Regelwerk.

2001: Schlüssel- stellung für die Zukunft der Krankenhaus- finanzierung

Gut zwei Stunden zuvor war die Tagung nach den Grußworten des Präsidenten der Deutschen

Gesellschaft für Chirurgie und des Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen eröffnet worden. J. Witte hatte darauf hingewiesen, daß – entgegen früheren Annahmen – der Katalog stationersetzender Maßnahmen eigene ambulante Leistungen für Krankenhausärzte ausschließe: Dadurch sei zum Beispiel bei ambulant operierten Leistenhernien pro Fall ein Rückgang der Einnahmen um die Hälfte zu erwarten. Im Anschluß betonte B. Ulrich (Düsseldorf) die immer stärker beschleunigten Veränderungen im Gesundheitswesen – insbesondere vor dem Hintergrund des viel diskutierten Gutachtens der Unternehmensberatung Arthur Andersen und der Einführung der DRG in Deutschland. Bei diesem Umbruch im Gesundheitswesen – und hier insbesondere im Bereich der Krankenhausfinanzierung – nehme das Jahr 2001 mit seinen speziellen Anforderungen an die Dokumentation, eine Schlüsselstellung ein, so das Fazit.

Den gesetzlichen Auftrag bei der Einführung eines pauschalisierten Entgeltsystems legte der Diplomverwaltungswissenschaftler und Mitarbeiter im Referat wissenschaftlicher Fragen der Krankenhäuser und des Bundesministeriums für Gesundheit, Ferdinand Rau, dar: Dabei kristallisierten sich vier ordnungspolitische Ziele heraus. Zunächst soll die Finanzierbarkeit der Krankenhäuser gewährleistet bleiben; durch eine Vergütung über die DRG soll die Transparenz im

Krankenhausbereich erhöht werden. Darüber hinaus fördere ein DRG-Entgeltsystem eine stärkere Orientierung der Krankenhäuser am Wettbewerb. Gleichzeitig müssen die notwendigen Leistungen der Kliniken auch zukünftig finanziell abgesichert sein.

DRG: Zentral ist „Einbindung der DRG in die Beitragsatzstabilität“

Als zentraler Punkt müsse eine „Einbindung des neuen DRG-Entgeltsystems in die Beitragsatzstabilität“ gelten, so Rau. Als Problem seien hierbei folgende Punkte zu betrachten:

Der Anteil der über 60jährigen betrug 1990 20 Prozent, 2010 wird er bei 25 Prozent liegen und schließlich 2050 36 Prozent umfassen. Der medizinisch-technische Fortschritt ist immer kosten- und methodenadditiv, nicht methodenersetzend. Aber: 15 bis 20 Prozent des Budgets könnten durch stationersetzende Leistungen erbracht werden.

In einem Vergleich zwischen dem australischen und dem amerikanischen DRG-System arbeitete M. Ramme (Hamburg) heraus, daß bei 213 sogenannten Z-DRG im australischen System, – im Gegensatz zu den AP-DRG – keine Hochstufbarkeit gegeben sei. Dies bedeute ein hohes Erlörisiko bei immerhin einem Drittel der DRG. Das Morbiditätsrisiko trage in allen diesen Fällen das Krankenhaus. Von entscheidender Bedeutung ist, so Ramme, die



Der Hamburger Michel

umfassende Kodierung durch die Stationsärzte: Dabei sei für 8000 Fälle schätzungsweise eine Vollkraft im medizinischen Controlling erforderlich.

Prognostizierter Bettenabbau führt zu steigenden Fallzahlen und Leistungsverdichtung in den Kliniken

Auch W. Pföhler, Vizepräsident der deutschen Krankenhausgesellschaft und Geschäftsführer des Universitätsklinikums Mannheim, sieht durch die Einführung der DRG erhebliche Veränderungen auf die Krankenhäuser zukommen. Wegen der allgemeinen Kürzung der Verweildauer und durch die Zunahme ambulanter Operationen prognostiziert er einen Bettenabbau zwischen 30 und 50 Prozent. Hinzu kämen steigende Fallzahlen und eine entsprechend zunehmende Leistungsverdichtung. Laut W. Gerdemann (Siegburg) wird der Wettbewerb durch die DRG zu einer zunehmenden Spezialisierung der Krankenhäuser führen, bei der kostengünstige Abteilungen verdrängt werden – wodurch in letzter Konsequenz eine flächendeckende Versorgung gefährdet sei. Häuser mit weniger als 200 Betten, die eine Rundumversorgung anbieten, werden es unter DRG-Bedingungen am schwersten haben, so die Prognose.

Lutz Helmig (Fulda) verdeutlichte den Aufwand bei der DRG-Einführung in der Helios-Gruppe, die seit dem Jahr 2000 eine vierteljährliche Auswertung unter Zugrundelegung der AP-DRG durchgeführt hat: Man habe 70 Dokumentationsbeauftragte geschult, die Arztbriefe standardisiert und die Kommunikation durch ein firmeninternes Intranet



Chilehaus in Hamburg

mit tausend Teilnehmern erleichtert. Zu fordern sei im Gegenzug, daß auf Grund flächendeckender einheitlicher Preise diesbezügliche Verhandlungen zukünftig entfallen und durch die Freigabe über das System eine selbständige Mengensteuerung erfolge. Zur Mengensteuerung gebe es intelligentere Systeme als die Budgetierung von Leistungen. Zu warnen sei auch wegen der Zunahme der Prozeduren im OPS 301 auf 27 000 vor einer „Bolzensicht“. Ziel sei die Behandlungsleistung, nicht die Einzelleistung.

Qualitätssicherungsstudie kolorektale Chirurgie: Resektionsrate liegt bei 95 Prozent

Im Verlauf der außerordentlichen Mitgliederversammlung berichtete F. Köckerling (Hannover) über die Qualitätssicherungsstudie zur kolorektalen Chirurgie, die sich zu einer Erfolgsgeschichte entwickelte. So hätten bis zum Jahresende 2000 insgesamt 211 Kliniken 5341 Patienten in die Studie eingebracht. 64 Prozent davon betreffen das Kolon, 36 Prozent das Rektum. Die Operationsrate liege bei 98, die Resektionsrate bei 95 Prozent. Die Exstirpationsrate liege beim Rektumkarzinom konstant bei einem Drittel, die Gesamtmortalität sei bei drei Prozent, die Morbidität bei 30 Pro-

zent anzusiedeln. Lediglich 3,7 Prozent aller Eingriffe werden laparoskopisch durchgeführt.

Weiterbildung: Erwerb mehrerer „Fachärzte“ wird zukünftig schwieriger

In der Weiterbildungskommission hat man sich auf das 8-Säulen-Modell geeinigt, das ein einziges Gebiet Chirurgie mit acht Fachärzten festschreiben soll, berichtet J.O. Jost (Bielefeld): Eine der acht Säulen solle der Facharzt für Allgemeine Chirurgie sein. Die zeitliche Festlegung auf zwei Jahre Common Trunk, ein assoziiertes Jahr und drei Jahre fachspezifische Weiterbildung blieb unverändert. In der anschließenden lebhaften Diskussion wurden vor allem die Probleme künftiger Chefärzte thematisiert. So könne es kaum gelingen, wie es gegenwärtig der Fall sei, zwei oder drei Schwerpunkte, in Zukunft ebenso zwei oder drei Fachärzte auf eine Person zu ver-

einigen. J. Witte weist in diesem Zusammenhang jedoch ausdrücklich darauf hin, daß die Inhalte der fachspezifischen Weiterbildung durch die jeweiligen Fachgesellschaften ausgefüllt werden. Hier müßte auf eine möglichst große Übereinstimmung geachtet werden, um den Erwerb von mindestens zwei „Fachärzten“ nicht gänzlich unmöglich zu machen. Das Mißtrauen gegenüber einer solchen Regelung demonstrierte anschaulich ein Diskussionssteilnehmer, der im Zusammenhang mit dem Facharzt für Allgemeine Chirurgie ironisch vom „Flacharzt für Chirurgie“ sprach.

Strukturwandel der Krankenhäuser im ersten Dezennium des neuen Jahrtausends

Zunächst stellten J.R. Siewert (München) und H. Bauer (Altötting) aus ärztlicher Sichtweise dar, daß sich aus dem Strukturwandel für die Krankenhäuser kurz- und

Fachgesellschaften: Viszeralchirurgie mit nur 600 Mitgliedern „unterrepräsentiert“

Nach H.D. Becker (Tübingen) und W. Teichmann (Hamburg) betragen die Mitgliederzahlen der Fachgesellschaften bei den Unfallchirurgen 3000, bei den Viszeralchirurgen 600, bei den Gefäßchirurgen etwa 750 und bei den plastischen Chirurgen zirka 550. Die Viszeralchirurgie umfasse jedoch 65 Prozent der chirurgischen Tätigkeit – daher sei die DGVC nicht entsprechend ihrer Bedeutung besetzt. Begründet sei dies unter anderem durch die zusätzliche Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die mangelnde Präsenz der Gesellschaft für Viszeralchirurgie bei viszeralchirurgischen Kongressen, eine schlechte finanzielle Grundlage bedingt durch den fehlenden eigenen Jahreskongreß und schließlich durch die Tatsache, daß die fachliche Weiterbildung ausschließlich durch den Berufsverband stattfinde. Zu fordern sei ein Interesse aller Viszeralchirurgen an einer Gleichstellung der DGVC mit den übrigen Fachgesellschaften.

langfristig große Herausforderungen ergeben. Hierzu zählen etwa ein fachübergreifendes Versorgungsangebot mit optimaler Nutzung innovativer Technologien, und eine verbesserte Vernetzung zwischen Klinik und Praxis durch moderne Kommunikationsmittel. Eine verstärkte Leistungstransparenz, die auch als Marketinginstrument zu nutzen sei, gehöre zu den Zukunftsaufgaben. Der zunehmende ökonomische Druck führe allerdings gleichzeitig zu kaum mehr tragbaren Einsparungen – bei steigender Belastung durch immer mehr Leistungen in immer kürzerer Zeit sowie die zusätzliche Belastung der Ärzte durch Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben. Gleichwohl plädiert Bauer für eine umfassende Dokumentation im Sinne einer Erlös- und Abwehrdokumentation, die bei Vorwürfen der Fehlbelegung zur Entlastung dienen könne. Zur Veranschaulichung zitierte er die alte Skatregel „Wer schreibt, der bleibt“. Gleichzeitig sei ein offensiver Umgang mit den Möglichkeiten der neuen Abrechnungssysteme unumgänglich. „Ambulant vor stationär“ müsse nicht notwendig „Praxis vor Krankenhaus“ bedeuten. Dies unterstreicht R. Hartwig, Geschäftsführer des Alfried-Krupp-Krankenhauses (Essen), der die fachärztliche Versorgung in erster Linie im Krankenhaus gegeben sieht. Zu fordern seien die Entwicklung von Leitlinien und eine rasche Anpassung der organisatorischen Gegebenheiten, so daß ambulante Leistungen in ähnlicher Effizienz wie dies in Praxen geschehe, angeboten werden könnten. Dabei sei Kooperation, etwa im Rahmen der Integrationsversorgung, das Gebot der Zukunft.

Welche Vorteile der Strukturwan-

Präsidentenwahl der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: B. Ulrich soll 2002 Gemeinschaftskandidat sein

Bernward Ulrich (Düsseldorf) stellte in sachlicher Form den Beschluß des Vorstands und des Beirats vor, eine Kampfkandidatur zu vermeiden und übergibt den Vorsitz an K. Rückert. Der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, W. Hartel, bezeichnete Form und Stil des Vortrages als generös und bestätigte coram publico in aller Form, daß das Präsidium der DGC an seinem Beschluß festhalten werde, B. Ulrich im Jahr 2002 zum Gemeinschaftskandidaten des Präsidiums zu machen. Im Anschluß wurde diskutiert, ob man die Wahl des Schwerpunktvertreters nicht um ein Jahr hätte verschieben können. Allerdings sei es von Vorteil, daß der Kongreßort Berlin auch dem Präsidenten aus dem Kreis der Krankenhauschirurgen offen stehe. Darüber hinaus schlug man vor, als Ausgleich im Sinne der Satzung nach B. Ulrich für das Jahr 2004/5 erneut einen Chefarzt aus einem Schwerpunkt zum Präsidenten zu wählen. W. Hartel hielt dies für grundsätzlich möglich und befürwortete die Idee.

del für die Krankenhäuser bieten kann, zeigte der Vorstandssprecher des LBK Hamburg, H. Lohmann: Seit der Einführung der DRG für die interne Verrechnung seien die Preise im LBK Hamburg um 25 Prozent gesunken.

Gefordert ist die Abkehr von Fachabteilungen – hin zu integrierten Gesundheitszentren

Vor allem sei es gelungen die „base rate“ um annähernd 1000 DM auf den Bundesdurchschnitt zu senken. Er forderte daher ein komplettes Umdenken in der Prozeßorganisation des Medizinbetriebes und stellt das Programm *Klinova* vor, das die Entwicklung geplanter Behandlungsabläufe, eine Reorganisation des OP-Bereiches und der zentralen Notaufnahme, die Entwicklung eines Behandlungskonzeptes sowie die Abkehr von Fachabteilungen hin zu Zentren vorsieht. Die Betrachtungen aus Sicht der Politik, der

Ärztammer, der Krankenkasse und eines Gesundheitsökonomen bestätigte die vorgelegten Konzepte im wesentlichen – Ziel muß das integrierte Gesundheitszentrum sein.

Wenige Tage vor ihrem Rücktritt unterstützte die bayerische Gesundheitsministerin B. Stamm zwar die Einführung der DRG, hielt jedoch eine Änderung der zeitlichen Planung für nötig, vor allem hinsichtlich der Berechnung der Entgelte. Hier müsse Gründlichkeit vor Schnelligkeit gehen. Eine Forderung, die letztlich im Einklang mit dem Vortagesreferat von F. Rau stand, der ebenfalls angedeutet hatte, daß eine abschließende Berechnung der DRG noch in diesem Jahr möglicherweise nicht machbar sei. Laut B. Stamm soll die Politik weiterhin wesentlich an der Krankenhaus-

planung beteiligt sein, insbesondere um durch gezielte Förderung eine flächendeckende Versorgung aufrecht zu erhalten. Ein Umbau der Krankenversicherung sei zur Erhöhung und Verbreiterung der Einnahmehasis erforderlich.

Budgetierung „stranguliert“ die Krankenhäuser – zu befürchten sind Nachteile für den Patienten

Der Übergang von der Pflichtversicherung zur Versicherungspflicht wurde vor allem von dem Gesundheitsökonomen G. Neubauer (München) gefordert, der große Chancen in einem globalisierten Gesundheitsmarkt sieht. Insgesamt betrachtet wirke sich die anhaltende Budgetierung zunehmend strangulierend auf die Krankenhäuser aus, die eigentlich Motor medizinischer Innovationen sein sollten. Eine große Zahl möglicher Arbeitsplätze in einer Wachstumsbranche entstehende demnach gar nicht erst oder werde sogar vernichtet. Durch den zunehmenden Wettbewerb und die Privatisierung der Klini-



ken seien letztlich negative Auswirkungen für den Patienten zu befürchten – sofern nicht rechtzeitig gegengesteuert werde.

Gebührenordnung: Konflikte zwischen Privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern nehmen stetig zu

Der Kostenanstieg bei der privaten Krankenversicherung verläuft gegenüber der GKV überproportional steil, wie J. Fritze (Köln) ausführte. Aus diesem Grund hätten auch die Zahl der Konflikte zwischen den Leistungserbringern und den Versicherungen deutlich zugenommen. Dies beziehe sich zum einen auf die sogenannte Zielleistung, zum anderen auf die Privatliquidation bei der Vertretung des Chefarztes. Es werde verstärkt auf die persönliche Lei-

stungserbringung abgehoben: Zahlreiche Privatliquidationen scheitern allerdings an der Nichterfüllung formaler Voraussetzungen. Der Berufsverband hat daher eine GOÄ-Kommission eingerichtet, deren Abrechnungsvorschläge demnächst auf den Internetseiten des BDC veröffentlicht werden sollen.

Die Zielleistung betrifft in erster Linie die Leistung, die am operierten Organ zum Erreichen des OP-Zieles führt. Darüber hinausgehende operative Schritte sind durch den Begriff der Zielleistung nicht erfaßt und deswegen selbstverständlich auch extra abrechenbar. Eine umfangreiche, nachvollziehbare und klare Darstellung im Operationsbericht ist hierfür allerdings Voraussetzung. Abschließend wies der Rechtsanwalt U. Baur (Düsseldorf) darauf hin,

daß die jüngere Rechtsprechung – zumindest bei der sogenannten Kernleistung – zunehmend die höchstpersönliche Leistungserbringung vom Wahlarzt fordere. Instanzgerichte beurteilen eine Vertretervereinbarung durch einen Formularvertrag im Falle einer vorhersehbaren Abwesenheit überwiegend für unzulässig. Um das Prozeßrisiko zu reduzieren werde deshalb empfohlen, sowohl bei vorhersehbaren als auch bei unvorhersehbaren Abwesenheitsfällen den Patienten in einem persönlichen Gespräch zu informieren und über dieses Gespräch eine kurze Protokollnotiz anzufertigen. Wenn immer möglich, sollte bei dem Gespräch ein Dritter anwesend sein. ◀

Dr. med. Volker Sängler, Eichstätt

Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen

Der 1992 gegründete Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen vertritt die Forderungen und Anliegen der Chefärzte der nicht universitären chirurgischen Krankenhausabteilungen. Mit seinen derzeit 600 Mitgliedern will der Zusammenschluß die Interessen der leitenden Chirurgen vertreten, etwa bei der Neustrukturierung der Weiterbildungsverordnung, der Förderung des chirurgischen Nachwuchses und in Krankenhausstruktur- oder Vertragsfragen. Zudem wird ein Informationsforum für häufig pro-



blembehaftete Themengebiete angeboten, so zum Beispiel zu neuen Abrechnungsformen, stationersetzenden Maßnahmen oder Fehlbelegungen.

Der Vorsitzende des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen ist Prof. Dr. Bernhard Ulrich (Düsseldorf), seine Vertretung übernehmen Prof. Dr. Klaus Rückert (Hamburg) und Prof. Dr. Johannes O. Jost (Bielefeld). Schatzmeister ist Prof. Dr. Rainer Arbogast (Pforzheim), Schriftführer Dr. med. Volker Sängler (Eichstätt).

Kontakt:

Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
Tel.: 030/ 28004160, Fax: 030/ 28004169
Email: info@krankenhauschirurgen.de
www.krankenhauschirurgen.de

oder:

Dr. med. Volker Sängler
Schriftführer des KLK
Kreiskrankenhaus Eichstätt
Ostenstr. 31, 85072 Eichstätt
Tel.: 08421/ 601301, Fax: 08421/ 601302

Erscheinungsweise: 10 Ausgaben pro Jahr (Doppelheft Juli/August, November/Dezember)

Abonnement:

Bestellung beim Verlag oder bei jeder Buchhandlung

Bezugspreis: Jahresabonnement DM 148,- (inkl. 7% MwSt. zzgl. DM 29,70 Versandkosten). Einzelheft außerhalb des Abonnements DM 14,50 (inkl. 7% MwSt., zzgl. Versand).

Bei Bestellung im Laufe des Jahres wird der Bezugspreis anteilig berechnet. Der Abonnent kann seine Bestellung innerhalb von 7 Tagen schriftlich beim Verlag widerrufen. Die Frist ist gewahrt, wenn der Widerruf rechtzeitig abgesandt wird (Datum des Poststempels).

Bezugszeit: Das Abonnement gilt zunächst bis zum Ende des begonnenen Jahres. Es verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn die Kündigung nicht bis zum 31.10. schriftlich im Verlag vorliegt. Kann die Zeitschrift aufgrund Streiks oder höherer Gewalt nicht geliefert werden, so besteht kein Anspruch auf Ersatz.

Anzeigenannahme: Durch den Verlag. Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 1/2000.

Copyright: Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichen Wege, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Herstellung:

Ch. Molter, Kaden Verlag

Druck und Verarbeitung:
Heidelberger Reprographie
A. Grosch GmbH
69214 Eppelheim