

Achte Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen

Die Zukunft des Krankenhauses

In seinem Grußwort zur achten Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen, die vom 18. bis 19. Januar 2002 in Hamburg stattfand, stellte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, J.R. Siewert (München), die Überlegungen der Strukturkommission zur Neugestaltung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vor. Insbesondere in zwei Problemfeldern sieht er gravierende Schwierigkeiten: Zum einen gebe es Probleme mit der Doppelmitgliedschaft, die zu einer nicht unerheblichen pekuniären Belastung führen könne, zum anderen habe sich die Allgemeinchirurgie mehr oder minder zu einem Feindbild der Fachgesellschaften entwickelt.

**BDC-Präsident Witte:
Chefärzte sollten
Arbeitsbedingungen der
Assistenten verbessern –
nur so ist Bindung an
das Haus möglich**

J. Witte (Berlin/Augsburg), der Präsident des BDC, wies in seinem Grußwort auf die Entwicklung der Weiterbildungsordnung hin. Es sei zuletzt gelungen, die Intensivmedizin durch Einlenken der Internisten für das Fachgebiet Chirurgie zu sichern. Die Fehlbelegungsdiskussion und die Diskussion über das AEP liefen weiter. Zunehmend käme es zu Besetzungsproblemen von Assistentenstellen. Die Zahl der Studienanfänger sinke, die besten Medizinstudenten drängten nicht

mehr in die Chirurgie. Es müsse wohlverstandene Aufgabe der Chefärzte werden, die Arbeitsbedingungen so zu verbessern, daß die Assistenten gebunden werden können.

**Zukunft des Krankenhauses:
Zentrum der integrierten Versorgung –
Ende der Fachabteilung?**

Im Anschluß daran ehrte B. Ulrich (Düsseldorf) den Gründungsvorsitzenden des Konvents, G. Eßer (Mönchengladbach) und ernannte ihn in Würdigung seiner Verdienste zum ersten Ehrenmitglied des Konvents. Frau Elisabeth Hinrichs sprach er Dank aus für ihr langjähriges Engagement bei der Ausrichtung der Konventstagung.

W. Klietzsch (Düsseldorf) erläuterte aus der Sicht der Ärztekammer, daß bis zur Wiedervereinigung

der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttosozialprodukt stabil 8,6 Prozent betragen habe. Der prozentuale Anstieg und der damit erreichte weltweite zweite Platz hinter den USA sei durch den innerdeutschen Solidarausgleich nach der Wiedervereinigung hervorgerufen. Nun müsse die Weichenstellung für eine Gesundheitsreform erfolgen, wobei er für eine „zielorientierte Gesundheitspolitik im Zeitalter des Kollateralschadens“ plädierte. Kritisch setzte er sich mit einer „C4-Gesundheitspolitik“ auseinander, die sich in immer wieder neuen Gutachten äußere. Ohne eine präventive Neuorientierung mit Eigenverantwortung des Patienten sei Gesundheit künftig nicht mehr zu finanzieren, so der Referent. Es könne nicht wie in der Werbung heißen: „Lebe dein Leben, wir kümmern uns um den Rest“. Vielmehr sei der Erkrankungsprozeß integriert zu betrachten.

Es stellt sich dann die Frage, wer diese Vernetzung organisieren soll – GKV, PKV, Ärztenetze, Callcenter als neue Mitbewerber im Deseasemanagement oder die Krankenhäuser, die über Managementstrukturen verfügten. Die Orientierung müsse in jedem Fall interprofessionell sein und würde sicherlich längerfristig zu einer Abteilungsauflösung führen.

**Zentrum der integrierten
Versorgung: Same-day-
surgery, Just-in-time-
Einweisungen als Strategien**

G. Riegl (Augsburg) stellte die Bedarfs- und Finanzierungstrends aus Sicht eines Gesundheitsmanagers dar und machte den Unterschied zwischen Leistungs- und Verzichtsethik deutlich. Die Vision eines Zentrums der integrierten Versorgung zeigte er an der Win-Win-Situation durch eine marktorientierte Kooperation auf: Daraus ergab sich ein Regelkreis, der prästationäre Netzwerkstrategien zur Abwehr von Fehlbelegungen, Just-in-time-Einweisungen, interdisziplinäre Notaufnahme, Same-day-surgery, Verweildauerverkürzung durch optimalen Workflow und Downtransfer sowie poststationäre Netzwerkstrategien beinhaltete. Gleichzeitig forderte er die Zusatzkompetenz Belegungsoptimierung für den Bereich des Patienten- und des Einweisermarketings. Riegl schloß mit dem Satz: „Wer sich



Landungsbrücke in Hamburg.

erinnert, ist der Herr der Vergangenheit, wer sich wandeln kann, wird zum Herrn der Zukunft“.

Nicht das Ende, sondern die Grenzen der Fachabteilung stehen zur Debatte

In seinem Referat gelangte Th. Höhn (Berlin) zu der Auffassung, daß nicht das Ende, sondern die Grenzen der Fachabteilung zur Debatte stünden, wobei die Verbesserung der Prozeßqualität und Einführung eines Riskmanagement helfen könnten, die Gesamtqualität zu verbessern. Wesentlicher Punkt sei die Schaffung einer qualifizierten OP-Koordination zusammen mit der Integration der Intensivkapazitäten, um eine Patientendurchlaufsteuerung optimal zu gestalten. Sein Fazit: „Die Grenzen fallen, die Fachabteilungen bleiben“. Aus der Sicht eines Ordinarius stellte J.R. Siewert (München) zunächst die kassenärztliche Bereitschaftspraxis im Krankenhaus als altes Modell einer integrierten Versorgung dar. Sie sei zwar kostenneutral und habe für die diensthabenden Chirurgen zu einem Absinken der Bagatellfälle geführt – allerdings sei kein Rückgang der chirurgischen Facharztbeanspruchung zu erkennen gewesen. Die Probleme für eine weitergehende Vernetzung bestünden in der geringen Patientenschnittmenge, es gebe keine Ressourcen für Projektentwicklung oder eine IT-Vernetzung.

Beispiel München: Assoziierte Praxis leistet qualifizierte präoperative Diagnostik und postoperative Therapie

Aus diesem Grund empfahl er ein neues krankheitsorientiertes Versorgungsmodell, wie es für den

Bereich der Onkologie am Klinikum rechts der Isar entwickelt worden sei, als Alternative. Unter Benutzung klinikinterner Leitlinien würde dort in einer assoziierten Praxis eine qualifizierte präoperative Diagnostik und postoperative Therapie geleistet. Die Einbeziehung in die klinische Versorgung sei vollständig, die IT-Vernetzung optimal. Aus diesen Erfahrungen ergäben sich Rahmenrichtlinien der MRI zur Gründung krankheitsorientierter Zentren mit einem Anchorman, der Chirurg sein sollte, einer interdisziplinären Anlaufstelle, interdisziplinäre Therapieentscheidungen durch Leitlinien, pathways und Qualitätsmanagement, durch Disease-Management-Teams und den Aufbau einer integrierten Kooperation, immer natürlich mit einem Surgical leadership.

Gastro-Klinik mit paritätisch internistisch-chirurgischer Belegung – „Ränder der Fachabteilungen fransen aus“

Neue Wege der Integration zeigte W. Teichmann (Hamburg) aus der Sicht des chirurgischen Chefarztes am Beispiel der Gastro-Klinik auf, die durch Schaffung von zwei Stationen mit annähernd paritätischer internistisch – chirurgischer Belegung entstanden sei. Zum einen entstand eine Kurzzeitstation, die nur von montags bis freitags geöffnet wäre, zum anderen eine Langzeitstation, auf der gastroenterologische Problempatienten diagnostiziert und therapiert würden. Nach seiner Auffassung werden Fachabteilungen weiterbestehen, auch wenn die Ränder im Sinne des geschilderten Modells ausfransen. Sie müßten weiterbestehen wegen der Budget-, der Therapieverantwortung sowie der Weiterbildung.

Aus Sicht der KV ist die integrierte Versorgung bis jetzt ein „stabiler Flop“

Aus Sicht der KV, die M. Späth (Hamburg) präsentierte, ist die integrierte Versorgung bis heute ein „stabiler Flop“. Es gäbe bis jetzt in Deutschland lediglich drei Verträge zur integrierten Versorgung innerhalb von drei Jahren. Die KV sei schon wegen ihrer Abrechnungstätigkeit mit über 400 Kassen im System einer integrierten Versorgung unverzichtbar. Voraussetzung für eine integrierte Versorgung sei jedoch die Aufhebung der Budgets. Da diese nicht erfolgt sei, sei auch die integrierte Versorgung zum Scheitern verurteilt. Nach seinem Vorschlag sollte eine Rahmenvereinbarung getroffen werden, die Kriterien für die Zulassung von Ärzten und Krankenhäuser festlegen müsse – mit einem Mindestaufwand von Qualitätssicherung sowie der Schaffung von technischen Voraussetzungen zum Austausch von Behandlungs- und der Zusammenführung von Abrechnungsdaten. Für den Start sei ein primärer Lastenausgleich zwischen den einzelnen Töpfen erforderlich mit Aufhebung der Honorarbudgetierung und der Einführung eines Klassifikationsverfahrens für das Morbiditätsrisiko. Er forderte Auf- und Abschlagsregelungen für Krankenhäuser, die an diesem Versorgungssystem teil- bzw. nicht teilnehmen.

Arzt als Vollblutunternehmer – aggressive Sicherung von Marktanteilen ist entscheidend

Th. Kapitza (München) hielt fest, warum es für einen Vollblutunternehmer erstrebenswert sei,

Arzt zu sein. Nach seiner Auffassung ist dies durch den Markt gegeben. Die 420 Milliarden im Markt Gesundheitswesen forderten Unternehmertum geradezu heraus. Er sieht den Chirurgen als „Bereichsvorstand Technik“, einem Zitat, das von Schriefers (1994) stammen soll. Nach seiner Auffassung geht es darum, sich aggressiv Marktanteile zu sichern, die Zuweiser am besten selbst zu übernehmen, eine Zielpreisoptimierung sowie eine Beeinflussung der Nachversorgungskette zu erreichen. Es sei wesentlich für Ärzte, auch Gesellschafterfunktionen bei Betriebsgesellschaften und Leistungsanbietern zu übernehmen, um so unmittelbare Geschäftschancen durch Beratung, Qualitätsprüfung, IT-Anwendungsforschung u. ä. mehr wahrnehmen zu können. Mit einem Wort von Albert Schweitzer, „Das Glück trifft nur den vorbereiteten Geist“, schloß er seine Ausführungen.

Fazit: Niemand weiß genau, was integrierte Versorgung eigentlich ist

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurde deutlich, daß die integrierte Versorgung zu einem Oligopol der Nachfrager führen wird. Die Diskussion hielt sich sehr lange am Problem der permanenten Reformbewegung in der Gesundheitspolitik auf, die K. Heinemann (Düsseldorf) als „elendes Gewurstel“ bezeichnete. Als Fazit wurde deutlich, daß im Prinzip keiner weiß, was integrierte Versorgung eigentlich ist. J.R. Siewert forderte schon aus Patientenschutz integrierte interdisziplinäre Zentren, damit der Patient nicht immer gleich die „Chirurgie an der Backe habe“. Nach Klietzsch sei das Ziel der

jetzigen Strukturen die Einheitskasse, die über den allgemeinen Risikostrukturausgleich zustande käme, also eine „AOK-Politik“.

Gebührenordnung ist wie alle Gesetze auslegbar – rechtsverbindliche Äußerungen nur schwer möglich

In seinen einleitenden Worten wies K. D. Rumpf (Fulda) darauf hin, daß der Rückgang der Einnahmen leitender Ärzte in den letzten fünf Jahren 25 Prozent betragen habe und weiter ungebremst sei. Der erste Referent, J. Fritze (Köln), legte dar, daß die GOÄ als Gesetz auslegbar sei, und daß es aus diesem Grunde nicht einmal durch den Konsultationsausschuß von BÄK, BMG, Beihilfe und Verband der PKV rechtsverbindliche Äußerungen geben könne. Als Hauptprobleme sah er die Punkte Zielleistungsprinzip, „als selbständige Leistung“, den Multiplikator, die persönliche Leistungserbringung, für die er eine umfangreiche Dokumentation, insbesondere im OP-Bericht, forderte, sowie die Leistungsminderung gemäß § 6a GOÄ. Empfehlungen der GOÄ-Kommission des BDC könnten aus den genannten Gründen in keinem Fall verbindlich sein. Abschließend wies er auf die Interdependenz von PKV und Chefarzten hin.

In seinem Bericht aus der Gebührenkommission des BDC verwies D. Löhlein (Dortmund) auf die zunehmende Zahl von Rechnungsbeanstandungen mit zwei Trends. Einmal sei eine Systematisierung erkennbar, zum anderen eine Kriminalisierung der Beanstandungen. Am Beispiel von Hernie und Rektum zeigte er einige konsenterte Abrechnungsmöglichkeiten auf.

BMG: Wahlleistungskette in der PVK ist verfassungsrechtlich bedenklich

G. Baum von BMG stellte die weitere Entwicklung der Privatliquidation unter den Bedingungen der DRG dar. 2005 käme es zu einem Systembruch, weil keine Kostenbudgets mehr vorhanden sind. Ab 2007 bedeute eine Aufrechterhaltung der Abrechnung nach GOÄ eine Mehrbelastung der PKV. Nach seiner Ansicht ist die Wahlleistungskette verfassungsrechtlich bedenklich und werde wohl künftig fallen, so daß letztendlich nach seiner Auffassung die vernünftigste Lösung in einem Gesamtbetrag als Aufschlag auf die DRG in Höhe von zehn bis 15 Prozent bestünde – wobei er eine Erhöhung der Grundgehälter mit variabler Beteiligung – entsprechend vergleichbarer Tätigkeiten in der Industrie – als vernünftigste Form des Interessenausgleiches betrachtet.

Korrekte Wahlleistungsverträge sind entscheidend – Probleme vor allem bei Delegation und Vertretung

U. Steffen (Hamburg) wies auf die Notwendigkeit eines korrekten Wahlleistungsvertrages hin. Die wenigsten Verträge seien bei Überprüfung rechtlich haltbar. Das Thema persönliche Leistungserbringung, hier insbesondere Probleme der Delegation und Vertretungen, wurde von U. Baur (Düsseldorf) dargestellt. Einige neuere Urteile lassen im Bereich der Delegation auf vernünftigere Regelungen hoffen. Die Vertretungsregelung wird allerdings bei vorhersehbarer Vertretung von den Krankenversicherungen weiterhin sehr eng aus-

gelegt. Eine andere Betrachtung sei allerdings bei der Regelung im Krankheitsfalle denkbar.

Zum Thema Lohnsteuer bei Liquidationseinnahmen stellte M. J. Thomas (München) seine persönliche Meinung vor, die allerdings noch nicht in ein neueres Urteil des Bundesfinanzhofes eingeflossen ist. Derzeit ist dort ein Verfahren anhängig. Nach Meinung von Thomas weist vieles darauf hin, daß die Liquidationseinnahmen tatsächlich der Lohnsteuer unterworfen werden müssen.

Patientensicherheit und -komfort leiden zunehmend unter ökonomisch angespannter Situation

K. Heinemann (Düsseldorf) stellte fest, daß Patientensicherheit und -komfort unter dem ökonomischen Druck, der beispielsweise durch das EuGH-Urteil vom 3.10.2000 verstärkt werde, unter DRG-Bedingungen, dem Zwang zum ambulanten Operieren und durch Leistungsverdichtung weitere Abnahme erfahren werden.



Blick auf den winterlichen Hamburger Hauptbahnhof.

Der Nachmittag endete mit der aktuellen Stunde, die mit Berichten aus der Strukturkommission, zur Situation der Klinikärzte sowie über die Qualitätssicherungsstudie „Kolorektales Karzinom“ und den Ergebnissen 2000. B. Ulrich (Düsseldorf) schilderte die für Kliniken zunehmend schwierige Personalgewinnung. Die Kolorektale Studie entwickelt sich nach Auffassung von F. Köckerling (Hannover) zu einem Erfolgsmodell, das weit über eine reine Qualitätssicherungsstudie hinausgeht, zumal sie als einzige Qualitätssicherungsmaßnahme ein Follow-up beinhalte.

Zwar seien die Zustände in unserem Gesundheitswesen, wie das Beispiel des Norwegers Hesper Olsen in einer Fernsehreportage über die Möglichkeiten, sich in Deutschland behandeln zu lassen, zeigte noch wesentlich besser als in Resteuropa – gleichwohl werde der zunehmende ökonomische Druck Auswirkungen auf die Qualität haben und insoweit könne bei objektiver Betrachtung nicht mehr davon gesprochen werden, daß die Patientensicherheit umfassend gewährleistet sei und daß den Ansprüchen an eine optimale Versorgung in hinlänglicher Weise entsprochen werde.

DRG-Einführung drängt humanitäre Orientierung zurück – Profitstreben steht im Vordergrund

Dem stimmte auch H. G. Faust (Berlin) zu, der eine sich unter ökonomischen Gesichtspunkten entwickelnde Krankenhauslandschaft als Folge der DRG-Einführung skizzierte, die mehr profitorientiert als humanitär sein werde. Auch die aus den Fallpauschalen resultierende Leistungsplanung berühre das Krankenhausangebot insbesondere dann, wenn nicht mehr der tatsächlich zu versorgende Bedarf (SGB V) in der Planung steht, sondern ein mit dem tatsächlichen nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf. Insbesondere fehlten ambulante Versorgungssysteme als Aufbausysteme für eine weiter verkürzte Verweildauer – wobei hier der Kosteneinsparungseffekt einer Verweildauerverkürzung in Frage zu stellen sei.

Krankenhaus, das personelle Einsparungen als oberste Priorität sieht, handelt kurzsichtig

Das Gesundheitssystem hat nicht die Aufgabe, jedem Anbieter die Existenz zu sichern. Diese Feststellung war gleichsam die Überschrift, unter die W. Jacobs (Düsseldorf) sein Referat zum Thema Patientenkomfort stellte. Die derzeitigen Kostensteigerungen zeigten, daß es nicht so bleiben könnte, wie es ist. Nicht gefragt seien zur Zeit Ideologen und Bewahrer. Wenn künftig eine höhere Honorierung für Arbeit nach gesichertem Qualitätsstandard und bei nachgewiesener Überprüfung derselben gesichert sei, so würde

dies vor allem zu einer Verbesserung des Patientenkomforts führen. Abläufe und emotionales Umfeld spielten die größte Rolle. Ein Krankenhaus, das die Einsparung von personellen Ressourcen als oberstes Ziel hat, handelt oberflächlich. Dennoch geht Jacobs davon aus, daß eine einkaufsorientierte Vertragspolitik kommen wird, weil der Einsatz der begrenzten Mittel am qualitätsgesicherten Ort zwangsläufig sei.

Patienten sind Verlierer des DRG-Systems – so leidet etwa die wohnort- nahe Versorgung

Daß exzellente Medizin an jedem Standort nicht überall Spitzenmedizin bedeutete, auf diesen Umstand wies A. Tecklenburg (München) hin. Hauptschwierigkeiten sieht er in der Fehlallokation von Mitteln, in Schnittstellenproblemen sowie fehlender Kooperationsbereitschaft innerhalb und außerhalb eines Krankenhauses. Nach seiner Auffassung endeten die Grenzen der ökonomischen Interessen dort, wo die Patientensicherheit leiden würde. Ein umfragegesichertes Qualitätssicherungssystem wie EFQM ergebe die besten Hinweise auf Versorgungsmängel. Nach H. Bauer (Altötting) ist die Wirtschaftlichkeit bestimmt durch den Grad der Zielerreichung geteilt durch den Aufwand. Der Grad der Zielerreichung müsse gemessen werden. Absehbare Auswirkungen des DRG-Systems seien die Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer, die Abnahme der durchschnittlichen Auslastung und eine deutliche Zunahme ambulanter Operatio-

nen. Patientenbezogen zeigten die Erfahrungen des Auslandes, daß die Patienten zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme und Entlassung kränker seien, wenn vielfach hier auch ein Dokumentationseffekt auftrete. Der Referent sieht die Patienten als Verlierer des DRG-Systems – etwa durch eine Einschränkung der wohnortnahen Versorgung.

Chirurg muß „Kapitän auf der Brücke bleiben“ – zu fragen ist allerdings auf welchem Schiff

Es bestünde nicht nur die Gefahr eines sich entwickelnden Patiententourismus, sondern auch die der Einstufung in „attraktive und unattraktive Patienten“ und der Blockierung des medizinischen Fortschritts. Die nachfolgende Podiumsdiskussion unterstrich die Bedeutung der Patientensicherheit durch mehr Eigenverantwortung der Patienten. Der Chirurg müsse Kapitän auf der Brücke bleiben, auch unter DRG-Bedingungen, es frage sich nur, ob er Kolumbus sei, auf dem Weg zur Entdeckung des Eis, oder sich auf der Titanic befinde (J.R. Siewert).

Stationersetzende Eingriffe: Nagelprobe für die Krankenhäuser

Zunächst stellte J. Witte die historische Entwicklung des § 115 e ff. und den derzeitigen Stand des Katalogs dar, wobei aus dem Auditorium erhebliche Unzufriedenheit mit der Situation und den Verhandlungsergebnissen artikuliert wurde. J. Witte wies darauf hin, daß es immerhin gelungen sei, schlimmeres – wie Höhleneingriffe oder die Einbeziehung der

Struma in den Katalog – zu verhindern. Was jetzt vorliege, sei der einzig mögliche Kompromiß gewesen. Nach Berichten über die Machbarkeit des ambulanten Operierens ohne Eingriffe in die bauliche Substanz eines Krankenhauses nach den Erfahrungen von V. Sängler (Eichstätt) und T. Mischkowsky (Kempton), forderte G. Rüter (Bielefeld) in seinem Referat, die stationersetzenden Maßnahmen nicht zum Popanz aufzublähen, sondern vielmehr die Gesamtinterdependenz der Budgetbindung zu beachten. Gleichzeitig müsse, um konkurrenzfähig zu bleiben, eine uneingeschränkte Zulassung zur ambulanten Tätigkeit erfolgen.

Nur 0,26 Prozent der Krankenhauspflege- Ausgaben für Ambulantes Operieren

Ähnlich wird dies auch von der Politik gesehen, wie die Äußerungen von R. Henke (Aachen) zeigten – wobei auch von ihm auf die Notwendigkeit einer adäquaten pflegerischen Betreuung im ambulanten Bereich hingewiesen wurde. Wie W. Gerdemann (Siegburg) ausführte, werden derzeit nur 0,26 Prozent der Ausgaben für Krankenhauspflege für ambulantes Operieren eingesetzt. Hier sehen die Krankenkassen ein ungeheures Potential. Um die Anreize zu fördern, plädierte er daher für ein Projekt, in dem ein Mischpreissystem eingeführt werde, wobei für ambulante Operationen, wie auch für stationäre Operationen, eine allerdings verringerte Pauschale gezahlt werden solle. Aus beiden kalkuliere sich dann ein Mischpreis, der unabhängig davon

gezahlt werde, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wird.

**Geringere Einnahmen
führen letztlich
zur einseitigen
Bevorzugung günstiger
OP-Methoden**

Th. Kraus (Heidelberg) stellte die Verhältnisse in den USA vor. Dort habe ein Shifting von stationär nach ambulant stattgefunden; eine Kostenreduktion sei allerdings dadurch nicht zu verzeichnen – vielmehr sei eine additive Wirkung von Leistungen auffällig.

F. Köckerling (Hannover) beklagte in seinem abschließenden Referat die Auswirkungen des §115 b auf die OP-Methodik, was sich am Beispiel der Leistenhernie sehr gut darstellen lasse. Die Entscheidung, welche Methode durchgeführt werden könne, werde durch einseitige pekuniäre Einflüsse herbei geführt, ohne daß eine Cost-Benefit-Rechnung zu Grunde gelegt werde. Der verminderte Erlös führe in der Konsequenz zu einer einseitigen Entscheidung zugunsten kostengünstig durchzuführender Operationsmethoden, wissenschaftliche Erkenntnisse werden sekundär und Innovationen blieben letztlich aus. ◀

Dr. med. Volker Sänger,
Eichstätt