

6. Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen

Anforderungen ändern sich drastisch

Die 6. Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen am 21. und 22. Januar 2000 in Hamburg geriet beinahe zu einer Vollversammlung dieser Institution. Der KLKC schickt sich an in der deutschen Chirurgenszene neben der ehrwürdigen Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen zu einer dritten politisch relevanten Kraft zu werden.

Von den 600 Mitgliedern des Konvents diskutierten mehr als 400 Anwesende die existentiellen Probleme, die auf die deutschen chirurgischen Kliniken zukommen werden.

Neben der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fragen und den beruflichen Perspektiven der nahezu

13000 Mitglieder des Berufsverbandes, haben die leitenden Krankenhauschirurgen in der täglichen Arbeit auch Verantwortung und Haftung gegenüber den Patienten zu tragen. Außerdem müssen sie sich in zunehmendem Maß mit den Krankenhausträgern auseinandersetzen. Während der Hamburger Tagung wurde deutlich, daß sich das Anforderungs-

profil an chirurgische Chefärzte dramatisch verändert.

**ERFAHRUNG UND
SICHERHEIT
ALS OPERATEUR,
TEAM- UND
KOOPERATIONS-
FÄHIGKEIT
REICHEN NICHT
MEHR AUS**

eigentlich berufsfremde – Kenntnisse im Personalrecht und einer unter Kostengesichtspunkten erfolgreichen Personalbedarfsberechnung. So weicht die unrealistische Vorstellung von den „Halbgöttern in Weiß“ dem ebenso illusorischen Bild des perfekten Allrounders, der neben seiner ärztlichen Kunstfertigkeit souverän die Gesetze des freien Marktes beherrscht.

Der politisch beabsichtigte Wettbewerb unter den Krankenhäusern ist in vollem Gang. Dies bedeutet: Man muß besser sein als der Nachbar!

Der Patient kann dies jedoch nur bedingt beurteilen: Er hat keine Einsicht in Behandlungsabläufe, sondern orientiert sich bei der Wahl einer Klinik primär am Ambiente, der Einrichtung und der Küche. Konsequenterweise gewinnt die Qualitätssicherung an Bedeutung. Ein „modernes“ Krankenhaus muß in der Lage sein, gleichbleibend hohe Qualitätsstandards in allen Bereichen zu gewährleisten. Das Dilemma ist offenkundig: Aufgrund fehlender Refinanzierungsmöglichkeiten, etwa der Lohn-

steigerungen, werden ärztliche Stellen gestrichen. Die Folge ist eine schlechtere Versorgung der Patienten. Derzeit ist die Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen zwar zufrieden – nach einer neueren Erhebung zu 90 Prozent. Ob dieser Wert nach Durchführung der Gesundheitsreform in gleicher Größenordnung erhalten bleibt, muß man allerdings bezweifeln.



Hamburg: Blick auf die Außenalster

Die ärztliche Tätigkeit wird immer mehr durch betriebswirtschaftliche Aufgaben und Marketing-Ziele in den Hintergrund gedrängt: Vom Leiter einer Klinik werden nicht nur die fein synchronisierte Abstimmung mit der ärztlichen Standesordnung und Sicherheit im Dickicht der Abrechnungsformen stationärer Leistungen erwartet, sondern auch –

**DER VERDRÄNGUNGS-
WETTBEWERB
UNTER DEN
KRANKENHÄUSERN
IST IN VOLLEM GANG**

Durch die Gesetzgebung sind den Krankenhäusern zahlreiche Vorgaben gemacht worden, die sich bereits auszuwirken beginnen.

© Pressestelle der Stadt Hamburg

ENDE DES SELBSTKOSTEN-DECKUNGSPRINZIPTS IST ABZUSEHEN

Laut Gesundheitsreformgesetz 2000 soll das Abrechnungssystem für Krankenhausleistungen vom Jahr 2003 an geändert werden. Das Heil kommt wieder einmal aus den USA: Kaum ist die Handhabung von Fallpauschalen und Sonderentgelten ohne jede Konsequenz – jedoch mit großem Aufwand – installiert, soll es jetzt „Diagnosis-related Groups“ geben. Zudem ist eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung vorgeschrieben. Darüber hinaus müssen wirtschaftliche Abteilungsgrößen ebenso wie die Einteilung nach Versorgungsstufen neu definiert werden. Ob der Stadtstaat Hamburg beispielsweise in Zukunft noch 40 Häuser unterhalten kann, ist mehr als fraglich.

Der Krankenhausökonom P. Oberender (Bayreuth) plädierte für eine Systemöffnung und wies auf einen bislang wenig beachteten Aspekt hin: Durch das ökonomische Zusammenwachsen Europas entsteht auch für das Gesundheitssystem ein einheitlicher Markt. Nach Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips sei die Einführung dezentraler, pauschalierter Vergütungssysteme sowie die konsequente Öffnung der Krankenhäuser für den vor-, nach- und teilstationären Bereich unausweichlich.

ZERTIFIZIERUNG UND BENCHMARKING ALS NEUE AUFGABEN

Parallel dazu wird der Nachweis von Qualität ein entscheidender Parameter. Wer sich nicht recht-

zeitig um Fragen der Zertifizierung und des Benchmarking als Möglichkeit für einen externen Vergleich bemüht, gerät beim Verteilungskampf hoffnungslos ins Hintertreffen. Bestehen bleibt – allen ökonomischen Zwängen und Bemühungen um Rationalisierungsreserven zum Trotz – die Tatsache, daß Gesundheit kein handelbares Gut ist und sich nur bedingt den Gesetzen der Ökonomie unterwirft.

DIE SCHAFFUNG EINES CENTERS OF EXCELLENCE KANN GRUNDSÄTZLICH AN JEDEM KRANKENHAUS ERFOLGEN

Weiter verunsichert fühlte sich die Mehrheit der deutschen chirurgischen Chefärzte von dem Vorschlag, bestimmte Eingriffe nur an ausgewiesenen Zentren – sogenannten „Centers of Excellence“ – durchzuführen. J. R. Siewert (München) versuchte hier die Gemüter zu beruhigen. Zum Einen wies er darauf hin, daß dieser Begriff eine Kreation der Deutschen Krebsgesellschaft und nicht der Deutschen Chirurgischen Universitätskliniken sei. Zum Anderen handele es sich nicht um eine räumliche Definition. Zentrum sei, wer über Zentrumswissen verfüge!

Vorraussetzung dafür ist neben einer Kunden-, Qualitäts- und Kostenorientierung die Patientenfreundlichkeit und die von diesen gewünschte, verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Als typisches Beispiel könne hier das Deutsche Herzzentrum München gelten, so J. R. Siewert.

DENNOCH: ES WERDEN MINDESTZAHLEN GEFORDERT

Dem aufmerksamen Beobachter kann allerdings nicht entgehen, daß für bestimmte Eingriffe bereits Mindestzahlen diskutiert werden, die von einer solchen Institution zu fordern sind. B. Ulrich (Düsseldorf) wies darauf hin, daß Langzeitergebnisse, etwa in der kolorektalen Chirurgie, vom Operateur abhängig sind. So sinken zum Beispiel Lokalrezidive beim Rektumkarzinom mit hinreichender Erfahrung des Operateurs um die Hälfte. Nach Ulrichs Auffassung kann ein Operateur an einem Krankenhaus mit Grund- und Regelversorgung aufgrund der höheren Operationsfrequenz einem Oberarzt einer großen Universitätsklinik durchaus überlegen sein: Dieser müsse sich die Operationen mit zahlreichen Kollegen „teilen“ und verfüge mithin über eine geringere Routine.

QUALITÄTSSICHERUNGSTUDIE ZUM DICKDARMKARZINOM INITIIERT

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, daß die vom Konvent der leitenden Krankenhauschirurgen initiierte Qualitätssicherungsstudie zum Dickdarmkarzinom auf großes Interesse stößt. Über 400 Kliniken haben inzwischen die Zusage erteilt, an dieser Studie mitzuwirken. Sie hoffen sich auf diesem Weg das Recht zur Durchführung onkologischer Eingriffe zu sichern und den Nachweis ihrer jeweiligen Kompetenz und Effizienz zu erbringen.

K. Hupe (Marl) konnte jedoch anhand des Datenpools in Westfalen-Lippe überzeugend nach-

weisen, daß ein linearer Zusammenhang zwischen der Zahl der durchgeführten Eingriffe und der damit verbundenen Qualität, etwa für das Beispiel der Gallenwegschirurgie, nicht nachzuweisen ist.

KUNSTSTOFFNETZE AUCH HIER IN DER DISKUSSION

Neben den unangenehmen Konsequenzen begrenzter Ressourcen und den tiefgreifenden Veränderungen für die Krankenhauslandschaft, beschäftigte sich der Konvent mit einem Thema, das in jüngster Zeit die Wogen hochschlagen ließ: Mit der von V. Schumpelick im „Spiegel“ vertretenen These, daß die Verwendung von Polypropylen-Netzen bei der Hernienversorgung zu Malignomen führen könne.

Der mit Spannung erwartete Auftritt des Aachener Ordinarius blieb jedoch aus – er ließ sich von seinem Oberarzt U. Klinge vertreten. In einer ungewöhnlich emotionalen und offenen Debatte argumentierte dieser mit bemerkenswerter Ruhe und Fassung: Zwar könne man nicht belegen, daß die Netze potentiell Malignome induzieren, aber es gebe auch keinen sicheren wissenschaftlichen Beweis ihrer Unschädlichkeit. Dem steht entgegen, daß mittlerweile 85 Prozent aller Leistenhernien in den USA und 50 Prozent in Deutschland unter Verwendung von Kunststoffnetzen versorgt werden. 40 Jahre Erfahrung mit diesem Material erbrachten bisher keine Belege für die lancierten Thesen. Schumpelick ist bei Einhaltung seiner Argumentationslinie in seinem wissenschaftlichen Renomee bedroht. ◀ N