

Tätigkeitsbericht 2011

Im Jahr 2011 fanden drei Beratungen des Ausschusses Krankenhaus statt. Darüber hinaus wurde mit den Vorsitzenden der Ausschüsse Ambulante Versorgung und Notfall- und Katastrophenmedizin der Dialog zur Schnittstelle Rettungsdienst/Rettungsstelle am Krankenhaus fortgeführt. Regelmäßig wurde von dem Fortgang der Diskussion zum Krankenhausplan 2012/13 unter Beachtung der demografischen Entwicklung und der Zielstellungen im Krankenhausplanungsausschuss des Sächsischen Ministeriums für Soziales und Verbraucherschutz berichtet.

Schwerpunkte der Ausschussarbeit 2011

- Krankenhausfinanzierung und -erhalt,
- Rolle des Krankenhauses in der Sicherstellung der stationären und ambulanten Versorgung,
- Notaufnahme,
- Aufnahme- und Entlassmanagement,
- Herzinfarktsterblichkeit in Sachsen,
- Patientensicherheit im Krankenhaus (Hygiene und Fehlerkultur im Krankenhaus),
- Arbeitsbedingungen der angestellten Ärzte im Krankenhaus.

Weiterhin ständige Themen

- Zusammenarbeit bzw. Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verminderung der Bürokratie,
- Bericht von der ständigen Kommission „Krankenhaus“ der Bundesärztekammer,
- Zulassung von Krankenhäusern zur Weiterbildung.

In der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, die im dualen System nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz den Ländern obliegt, sind nach Berechnung führender wissenschaftlicher Institute etwa fünf Prozent des Gesamtfinanzvolumens eines Krankenhauses nötig – in Sachsen etwa 175 Millionen Euro durchschnittlich pro Jahr. Leider werden diese in den letzten Jahren erheblich unterschritten, sodass notwendige Investitionen aus den Erlösen finanziert werden müssen. Unsere Forderung an die Politiker kann nur dahin gehen, eine nachhaltige Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zu sichern, um den in den „alten“ Bundesländern schon seit Jahren bestehenden Investitionsstau zu vermeiden. Auch in Krisenzeiten ist eine Mindestinvestitionsquote erforderlich, um den Bestand zu erhalten und die Qualität der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts zu gewährleisten.

Durch Abbau der sektoralen Trennung des deutschen Gesundheitssystems sollen positive ökonomische Effekte erreicht werden. Zahlreiche Gesetze streben die Öffnung der Krankenhäuser auch für ambulante Behandlungen an. Es liegt nicht in unserem Interesse, zu gut funktionierenden ambulanten Strukturen in Konkurrenz zu treten, sondern vor allem in unterversorgten Regionen und bei besonderen Situationen die ambulante

Behandlung zu ergänzen. In diesem Sinne erwarten wir von der Korrektur des § 116b SGB V eine vor allem dem Patienten dienende Neuregelung.

Die Rettungsstelle am Krankenhaus dient auch der ambulanten Notfallversorgung und wird vom Patienten zunehmend in Anspruch genommen. Besondere Belastungszeiten – wie Mittwoch- und Freitagnachmittag, Abend und Nacht sowie Wochenende und Feiertag – stellen besondere Herausforderungen für den Krankenhausarzt dar. Wenn er dann auch noch für den Weitertransport „seines“ Patienten in ein im Einzelfall zuständiges Krankenhaus verantwortlich ist, übersteigt das seine Kräfte. Eine „runde“ Lösung haben wir leider zwischen den verschiedenen Ausschüssen mit ihrer unterschiedlichen Sichtweise nicht erreicht und diese ist auch mit den derzeitigen Gesetzen kaum erreichbar.

Für den Patienten sind Aufnahme in und Entlassung aus dem Krankenhaus wichtige Schnittstellen. Wir denken, dass auf ärztlicher Ebene gefundene und gemeinsam getragene Verfahrensweisen wichtiger sind, als gesetzliche Vorgaben, hier möchten wir zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär tätigen Kollegen aufrufen, in beiden Richtungen: ambulant zu stationär wie stationär zu ambulant. Es sollte klar sein, dass ein Maximum an Informationen für das Wohl des Patienten wichtig ist.

Die hohe Infarkt-Sterblichkeit in Sachsen und auch insgesamt in den „neuen“ Bundesländern – „Herzbericht“ der letzten Jahre von Bruckenberger – hat die Aufmerksamkeit nicht nur der Mediziner auf dieses Gebiet gelenkt. Die Zielstellung, über die Analyse der Ursachen durch ein Herzinfarktregister in Zusammenarbeit mit dem Herzzentrum sowie in Kooperation mit der Notfallmedizin eine Verbesserung dieser Situation zu erreichen, ist im Jahr 2011 eingeleitet worden, wir wollen 2012 mit dem Register beginnen.

Das Thema „Patientensicherheit im Krankenhaus“ war im Jahr 2011 vor allem durch die Diskussion um die hohe Rate nosokomialer Infektionen, aber auch die Fehleranalyse ständig präsent. Der Krankenhaushygiene wurde auf dem im Dezember 2011 stattfindenden Hygienekongress im Hygiene-Museum Dresden breiter Raum gegeben. Nach wie vor sind vor allem die Hände des medizinischen Personals als Übertragungsort zu beachten. Dem hygienebeauftragten Arzt im Krankenhaus gebührt eine herausragende Stellung im hierarchischen System. Aus unserer Sicht muss die risikobewusste Fehlerkultur, das Lernen aus sicherheitsrelevanten Ereignissen in den Krankenhäusern weiter verbessert werden, zum Beispiel durch Beteiligung am CIRS-Projekt.

Die konsequente Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes sollte die Belastungssituation für die angestellten Ärzte spürbar verbessern. Leider kommt es aber vor allem in kleineren Abteilungen durch die immer stärkere Verdichtung der Arbeitsabläufe auf wenige im Regeldienst verbleibende Ärzte zu einer eher verstärkten Belastung. Die Einführung fachübergreifender Dienste wird allerdings von uns abgelehnt.

Weiterhin ungelöst blieb das Bestreben, die Belastung des Krankenhausarztes durch überbordende Abrechnungsbürokratie zu verringern. Dabei führte im letzten Jahr das Bestreben der Kassen, erbrachte Leistungen über verstärkte Zuordnung zur unteren

Grenzverweildauer nicht voll zu bezahlen, zu einer weiteren Zunahme von „Abrechnungsstress“. Wenn darüber hinaus auch noch von den Kassen mit dem Vorwurf des Abrechnungsbetruges polemisiert wird, kann man den Frust der Kollegen verstehen. Wir werden uns auch im Jahr 2012 weiter geduldig mit Controllern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung um eine sachliche Klärung differenter Sichtweisen auf DRG-Definitionen bemühen.

Dr. Eberhard Huschke, Löbau, Vorsitzender
(veröffentlicht in der Broschüre „Tätigkeitsbericht 2011“)