

Tätigkeitsbericht 2012

Der Ausschuss Krankenhaus trat im Jahr 2012 zu vier Beratungen zusammen. Darüber hinaus nahm der Vorsitzende im Ausschuss Ambulante Versorgung an der Diskussion zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKVStG) teil. Im Anschluss an die Septembersitzung fand eine gemeinsame Sitzung mit dem Ausschuss Qualitätssicherung mit dem Hauptthema „Mindestmengen“ statt. Eine zentrale Stellung in allen Ausschusssitzungen nahm die Diskussion zur Weiterentwicklung des Krankenhausplanes unter Beachtung der demographischen Entwicklung und der Zielstellungen im KHPA des Sächsischen Ministeriums für Soziales und Verbraucherschutz ein.

Schwerpunkte der Ausschussarbeit 2012

- » Krankenhausfinanzierung im dualen System,
- » Rolle des Krankenhauses in der Sicherstellung der stationären und ambulanten Versorgung, Rettungsstelle am Krankenhaus,
- » Patientenrechtegesetz, Patientensicherheit im Krankenhaus (Hygiene und Fehlerkultur im Krankenhaus), externe Qualitätssicherung im Krankenhaus und geplante sektorübergreifende Qualitätssicherung,
- » Herzinfarktsterblichkeit in Sachsen.

Weiterhin ständige Themen

- » Zusammenarbeit bzw. Abstimmung mit dem MDK zur Verminderung der Bürokratie,
- » Bericht von der ständigen Kommission „Krankenhaus“ der BÄK und der ständigen DRG-Fachkommission von BÄK und AWMF,
- » Zulassung von Krankenhäusern zur Weiterbildung.

Die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, die im dualen System nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz den Ländern obliegt, bleibt ein Schwerpunkt unter Berücksichtigung der Situation ab 2015 (Wegfall des Artikel 14/Gesundheitsstrukturgesetzmittel). Sie darf nicht nach Kassenlage des Freistaates erfolgen, sondern bedarf einer für die Krankenhäuser planbaren Größe und Sicherheit. Unsere Krankenhäuser haben sowohl im baulichen Zustand als auch in der apparativen und instrumentellen Ausstattung ein hohes Niveau erreicht, das wir aber erhalten wollen und müssen, um den Bestand zu erhalten und die Qualität der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts zu gewährleisten.

Die Krankenhausfinanzierung im G-DRG-System hat mit deutlicher Senkung der durchschnittlichen Verweildauer eines ihrer Ziele erreicht, bietet aber auch Fehlanreize (Mengenentwicklung, Indikationsqualität), denen wir als Ärzte nur die eindeutige Orientierung an den Interessen des Patienten entgegenzusetzen müssen. Das DRG-System ist immer noch ein lernendes System, das auch weiterhin Korrekturen nötig hat und auch zulässt.

Das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie („Psych-DRG's“) wird weiterhin sehr kontrovers diskutiert, aber es ist beschlossen und kommt stufenweise auf die Kollegen in den entsprechenden Krankenhäusern bzw. Abteilungen zu. Es wird uns sicher in den nächsten Jahren noch hinreichend beschäftigen.

In diesem Zusammenhang ist die gemeinsame Diskussion zum Thema „Mindestmengen“ mit dem Ausschuss Qualitätsmanagement hervorzuheben. Menge kann zwar ein Kriterium für Qualität sein, aber immer im Zusammenhang mit vielen anderen Kriterien; die Mindestmenge darf nicht zu unberechtigter Mengenausdehnung führen oder eine negative Wirkung auf die Indikations-Qualität entwickeln.

Das GKV-VStG brachte für die Krankenhäuser mit der Neufassung des § 116b bisher nur neue Unsicherheiten. Wir hoffen nun mit der Präzisierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, dass erreichte Zulassungen von Krankenhäusern im Sinne einer dem Patienten dienenden Verbesserung nicht in Frage gestellt werden und vor allem in unterversorgten Regionen die Möglichkeiten der Krankenhäuser auch für die ambulante Fortführung der stationär begonnenen und auch oft noch wiederholt stationär nötigen Behandlung im Sinne des Patienten genutzt werden können.

Zur Rettungsstelle am Krankenhaus haben wir im Tätigkeitsbericht 2011 ausführlich Stellung bezogen. Positiv sehen wir die neue Formulierung im „Blaulichtgesetz“ (SächsBRKG), die nicht mehr das nächste geeignete „Krankenhaus“, sondern die nächste geeignete „Behandlungseinrichtung“ als Ziel eines Rettungseinsatzes vorschreibt.

Die Wahl von Ausschussmitgliedern ins Lenkungsgremium zur Externen Qualitätssicherung halten wir für sehr wichtig, damit die dort anstehenden Probleme zeitnah im Krankenhausausschuss diskutiert werden können. Leider ist für die sektorübergreifende Qualitätssicherung eine gleichberechtigte Teilnahme der Landesärztekammern nicht festgelegt worden.

Das geplante Herzinfarktregister für eine größere Region Sachsens ist leider nicht in der geplanten Form entstanden. In Zusammenarbeit mit dem Herzzentrum sowie in Kooperation mit der Notfallmedizin wird auf der Basis des vorhandenen Registers des Herzzentrums Dresden die Analyse der Ursachen hoher Sterblichkeit in einzelnen Regionen fortgeführt. Eine Netzwerkbildung wird im Raum Leipzig schon gefördert, in anderen Regionen gilt es noch bürokratische Hürden zu überwinden. Wichtig ist eine unmittelbare Einweisung des Infarktpatienten an die geeignete Behandlungsstelle und die Vermeidung von Fehleinweisungen sowie dann nötiger Sekundäreinweisungen, die zwangsläufig einen nicht zu rechtfertigenden Zeitverzug bedeuten.

Hygiene im Krankenhaus und Umgang mit nosokomialen Infektionen gehören zum Thema „Patientensicherheit im Krankenhaus“. Die Auswertung des Hygienekongresses in Dresden im Dezember 2011 erfolgte in der Januarsitzung 2012. Zurzeit stellt die Weiterbildung von Hygieneärzten im Curriculum zur Umsetzung der Neuerungen des Infektionsschutzgesetzes für die Krankenhäuser, aber auch für die Kammer eine hohe Herausforderung dar. Für das Jahr 2013 werden wir eine gemeinsame Sitzung mit Mitgliedern des Ausschusses „Hygiene und Umweltmedizin“ planen.

Die Belastung des Krankenhausarztes durch überbordende Abrechnungsbürokratie bleibt weiterhin ein ungelöstes Problem. Unser Bestreben, geduldig mit Kontrollern und MDK um eine sachliche Klärung differenter Sichtweisen auf DRG-Definitionen zu gelangen, ist oft nicht erfolgreich. Als Beispiel möchte ich die kontroverse Diskussion um die kontinuierliche Temperaturmessung als Parameter für eine Bezahlung der DRG neurologische Komplexbehandlung darstellen, wo wir zwischen Auslegung des Buchstabens des INEK-Textes und ärztlichem gesunden Menschenverstand über mehrere Sitzungen streiten mussten. Wir befürchten, dass mit der Umsetzung der „Psych-DRGs“ weitere Dialogfelder für diese Arbeitsgruppe entstehen. Trotzdem werden wir uns auch im Jahr 2013 weiter geduldig mit Kontrollern und MDK um eine sachliche Klärung differenter Sichtweisen auf DRG-Definitionen bemühen.

Ausblick 2013

- » Engere Zusammenarbeit mit dem Verband leitender Krankenhausärzte
Themen:
Chefarztverträge und Korruption im Krankenhaus, Mindestmengen und „Flucht in die Menge“,
- » Intensivmedizin,
- » Delegation ärztlicher Leistungen.

Dr. Eberhard Huschke, Löbau, Vorsitzender
(veröffentlicht in der Broschüre „Tätigkeitsbericht 2012“)