

statistik war längst überfällig – so jedenfalls die überwiegende Meinung der am Krankenhauswesen beteiligten Organisationen und Spitzenverbände (mit Ausnahme der davon abweichenden Meinung einzelner Bundesländer, die die „koordinierte Länderstatistik“ beibehalten wollten und weitreichende Bundeskompetenzen bestritten). Der Bundesverordnungsgeber hat jetzt von der bereits im (ersten) Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 enthaltenen Ermächtigung Gebrauch gemacht und gemäß § 28 Abs. 2 KHG die Durchführung einer Krankenhausbundesstatistik angeordnet. Zudem wurde die zusätzliche Statistik-Meldepflicht der nach § 108 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zugelassenen Krankenhäuser an die für die Krankenhausplanung und -finanzierung zuständigen Landesbehörden erweitert.

Die neue Krankenhausstatistik-Verordnung stellt bei den Berichtspflichtigen und den Erhebungsmerkmalen auf die im SGB V enthaltene Abgrenzung von Krankenhäusern (§ 107 Abs. 1 SGB V) und auf „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ (§ 107 Abs. 2 SGB V) ab. Für Krankenhäuser und die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind unterschiedliche Erhebungsbögen vorgesehen. Die vom Statistischen Bundesamt erstellten Erhebungsbögen werden, versehen mit Erläuterungen, zur Zeit von den Statistischen Landesämtern an die Krankenhäuser versandt.

Erhoben werden nach Maßgabe des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung die Strukturmerkmale der Krankenhäuser, so die Art des Krankenhauses sowie die Art der Trägerschaft, die Zahl der Planbetten und der aufgestellten Betten, gegliedert nach Art der Förderung und Fachabteilung; Einrichtungen der Intensivmedizin/-überwachung sowie Einrichtungen für die Behandlung von Querschnittgelähmten und Schwerbrandverletzten (gegliedert nach Art und Zahl der Betten). Außerdem sind Art und Zahl der medizinisch-technischen Großgeräte nach § 10 KHG, die Zahl und Art der Dialyseplätze, die Zahl und Art der Plätze für teilstationäre Be-

handlung, die nicht-bettenführenden Fachabteilungen, die Art der Arzneimittelversorgung, die Zahl der Plätze in Ausbildungsstätten und anderes zu erheben.

Umrechnung auf Vollzeitkräfte

Mit den Daten der Fachabteilungen werden auch die anteiligen Pflage tage der Intensivbehandlung und die Patientenbewegung mit Nachweis der „Verlegungen“ und der „Stundenfälle“ innerhalb eines Tages erhoben. Detailliert werden Angaben über das ärztliche und zahnärztliche Personal, gegliedert nach Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis, bei hauptamtlichen Ärzten zusätzlich nach Dienststellung, Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung sowie von Ärzten in der Weiterbildung erfaßt. Ferner werden Angaben über Belegärzte, gegliedert nach Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen und nach den von den Belegärzten angestellten Ärzten verlangt. Darüber hinaus wird detailliert über das nichtärztliche Personal „Buch geführt“.

Hauptamtliches ärztliches Personal und nichtärztliches Personal wird auf „Vollkräfte“ umgerechnet.

Die Pflage tage, der Patientenzugang und -abgang werden jeweils gegliedert nach Art und Zahl sowie nach Fachabteilungen erfaßt.

Neben den Kosten der Krankenhäuser sind erstmalig auch die Diagnosen der aus den Krankenhäusern entlassenen vollstationär behandelten Patienten auf der Basis des dreistelligen ICD-Schlüssels in die Krankenhausstatistik einbezogen worden. Die Diagnosen-Statistik ist für das Berichtsjahr 1993 verbindlich.

Dadurch, daß sämtliche Selbstkosten der Krankenhäuser gemäß § 107 Abs. 1 SGB V nach Kostenarten erfaßt werden (mit Ausnahme der Kosten bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen), werden zugleich umfassende Leistungs- und Kostendaten für die Budget- und Pflegesatzverhandlungen und deren Entwicklung auf Grund einheitlicher Definitions- und Erfassungsvorgaben ermittelt und länderübergreifend gemeldet. Dr. Harald Clade

Rehabilitation: Multidisziplinäres Team erfolgreich

Die Nachbehandlung und Rehabilitation bei onkologischen Patienten durch ein „multidisziplinäres Team“ hat sich in der Praxis weithin bewährt. Darauf wies der Ärztliche Direktor der Paracelsus-Klinik Sonnenalp in Scheidegg/Allgäu, Prof. Dr. med. Dr. phil. Rudolf Schröck, bei einer Vortragsveranstaltung aus Anlaß der Eröffnung eines Erweiterungsbaus dieser (privaten) „Fachklinik für Rehabilitation, Nachsorge und Gynäkologische Onkologie“ hin.

Nach Maßgabe des Klinikauftrages verfolgt das Team der Klinikärzte, Pfleger und Rehabilitationsfachberufe ein Konzept der „gestuften“ medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Danach wird der an Krebs erkrankte Patient, abhängig vom jeweiligen Grad der Erkrankung/Genesung, in ein ganzheitliches Konzept der medizinischen und rehabilitativen Behandlung einbezogen. Dieses schließt eine gezielte Verhaltensmotivation sowie eine ärztliche angeleitete Anpassungs-Rehabilitation ein.

Wie Professor Schröck erläuterte, profitiert das Konzept der „multidisziplinären“ Rehabilitation von Tumor-Patienten vom „Synergie“-Effekt der ineinandergreifenden, planvoll aufeinander abgestimmten Einzelmaßnahmen. Es geht also, so Schröck, um eine sinn- und maßvolle Integration von Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, der Leistungs-, Funktions- und sozialen diagnostischen Verfahren mit der medizinischen Therapie, der Bewegungs- und Ergotherapie, der Diätetik sowie der physiotherapeutischen und psychosozialen Interventionen.

In den zurückliegenden zwanzig Jahren sind in der Paracelsus-Klinik Scheidegg rund 20 000 krebskranke Patienten ärztlich behandelt und betreut worden. Jährlich beanspruchen rund 2000 Patienten die Maßnahmen zur Tumornachsorge und Nachbehandlung in dieser Fachklinik.

Um den Behandlungs- und Betreuungseffekt zu kontrollieren und

Maßnahmen der Qualitätssicherung einzuleiten, hat die Klinikleitung unter Chefarzt Prof. Schröck eine Umfrage bei 150 Tumornachsorgepatienten gestartet, deren Ergebnisse Aufschlüsse über die weiteren Behandlungsschwerpunkte geben können. Einige Fakten:

Von den Befragten bezeichneten 92 Prozent als „besonders wichtig“ und „patientengerecht“ die „zeitaufwendige ärztliche Betreuung, die Maßnahmen der physikalischen Therapie und der fachmännischen Krankengymnastik“. 84 Prozent der befragten Patienten beurteilten eine qualitativ hochwertige medizinische Diagnostik als „wichtig“ bis „sehr wichtig“. Dies ist um so überraschender, als sich die meisten Patienten in enger und ambulanter und teilstationärer onkologischer Nachsorge befinden, sagte Professor Schröck.

● Die Bestätigung der medizinischen Ausgangssituation der Pa-

tienten (gesund/krank beziehungsweise tumorfrei oder Wiederauftreten der Erkrankung – Rezidiv –) nimmt also einen zentralen Stellenwert im Denken der Patienten auch bei einem Rehabilitationsaufenthalt ein.

78 Prozent der Patienten bezeichnen medizinische Informationsveranstaltungen als „besonders wichtig“. 86 Prozent waren sehr zufrieden mit dem fachlich geleiteten, kreativen Freizeit- und Sportaktivitäten des Klinikums.

60 Prozent der Patienten halten Hilfen zur Streßbewältigung und Maßnahmen zur Entspannungstechnik für „wichtig“ bis „sehr wichtig“. Etwa die Hälfte der Patienten erwarten weitere Hilfen zur Krankheitsbewältigung. Themenzentrierte Gesprächsgruppen, Berufs- und Rentenberatung werden von etwa 40 Prozent der Patienten im Rahmen der Tumornachsorge und des klinischen Aufenthaltes erwartet.

Im Zusammenspiel mit den unterschiedlichen Krebshilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen hält die Klinik Scheidegg ein Angebot für die Gruppen- und Individualberatung bereit.

Ein spezielles Vortragsveranstaltungsprogramm der Klinik widmet sich drei Themenkreisen:

1. Allgemeine Informationen und Aussprache zur Epidemiologie und medizinischen Problematik von Tumorkrankheiten, zur Vor- und Nachsorge.

2. Besprochen werden auch Fragen der Krankheitsentstehung, der Ursachen und Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen, Fragen der Diätetik und der Alternativmedizin.

3. Schließlich kommen Fragen zum Rehabilitationssport, zum Gesundheitssport, der Sexualität, der Schmerztherapie und zum Problemkreis „Sterben und Tod“ zur Sprache. HC

Behandlungsfehler – ein exemplarischer Fall

Einen exemplarischen Fall entschied kürzlich der Gerichtshof für die Heilberufe beim Oberverwaltungsgericht Bremen:

Ein im Land Bremen tätiger Urologe wurde von einem seit 1983 an Leukämie leidenden Patienten aufgesucht. Der Patient hatte sich in Abständen mehreren Chemotherapien unterzogen. Von einem Bekannten, der ebenfalls an Leukämie litt, hatte der Patient den Hinweis auf den beschuldigten Urologen erhalten: Eine Parallelbehandlung bei diesem könne vielleicht etwas bringen. Der Patient suchte die Praxis des Urologen auf, weil er sich Hilfe gegen seine Leukämie erhoffte. Beschwerden auf urologischem Gebiet hatte er nicht. Er hatte eine extreme Abneigung gegen die Chemotherapie entwickelt. Der Urologe nahm eine eingehende Untersuchung, insbesondere in seinem Gebiet vor. Ein nennenswerter urologischer Befund ergab sich nicht.

Der Urologe begann eine schulmedizinisch als Leukämiebehandlung nicht anerkannte „biologische Be-

handlung“. Therapiepläne wurden über sieben Monate erstellt. Zur Behandlung gehörten auch weitere Injektionen, eine Medikation und eine Diät. Die von dem Urologen durchgeführten Analysen der Blutwerte ergaben indes einen fortschreitenden Verlauf der malignen lymphatischen Systemerkrankung des Patienten. Einige Monate später wurde der Patient auf Veranlassung des von der Ehefrau hinzugezogenen Hausarztes in ein Krankenhaus („in fast moribundem Zustand“) eingeliefert. Später starb der Patient.

Der Gerichtshof (II. Instanz) stellte fest:

Der Urologe hat bei der Behandlung des Patienten seine Berufspflichten verletzt. Entgegen den Vorschriften im Heilberufsgesetz und in der Weiterbildungsordnung ist der Urologe außerhalb seines Fachgebietes tätig geworden. Außerdem hat er es versäumt, dem Patienten mit Nachdruck vor Augen zu führen, daß ihm bei weiterer Verweigerung der Chemotherapie schon in kurzer Zeit der Tod drohe. Dazu

hätte er nach Meinung des Gerichts notfalls die eigene weitere Behandlung, die diesen Krankheitsverlauf nach eigener Einsicht des Arztes nicht aufhalten konnte, von der alsbaldigen Aufnahme der dringend gebotenen Chemotherapie abhängig machen müssen. Der Gerichtshof verwies auf die Vorschriften des Heilberufsgesetzes beziehungsweise der Weiterbildungsordnung: „Wer eine Gebietsbezeichnung führt, darf grundsätzlich nur in dem Gebiet, wer eine Teilgebietsbezeichnung führt, darf im wesentlichen nur in dem Teilgebiet tätig werden, dessen Bezeichnung er führt.“ Unter Hinweis auf eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes vertrat der Bremer Gerichtshof die Auffassung: Ein Arzt, dessen Behandlungsverfahren nicht (mehr) ausreicht und der das gebotene Heilverfahren nicht selbst übernehmen kann, muß seine Behandlung aufgeben und damit sein Möglichstes tun, daß der Kranke einer Behandlung mit diesem gebotenen Verfahren zugeführt wird.

► Quintessenz: Das Unterlassen der nach Lage des Falles gebotenen therapeutischen Aufklärung stellt einen Behandlungsfehler dar. ÄK-HB