

10. Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen

Beschränkter Anlaß zur Freude

Wir Neuen, Namenlosen, Schlechtverständlichen, wir Frühgeburten einer noch unbewiesenen Zukunft – wir bedürfen zu einem neuen Zweck auch eines neuen Mittels, nämlich einer neuen Gesundheit, einer stärkeren, gewitzteren, zäheren, verwegeneren, lustigeren, als alle Gesundheit bisher waren.“ Dieses Zitat von Friedrich Nietzsche hatte der Präsident des Berufsverbandes, Michael J. Polonius, an das Ende seines Grußwortes gestellt und es erwies sich als gutes Motto für eine Tagung, deren Themen nur beschränkt Anlaß zur Fröhlichkeit gaben. Die zehnte Jahrestagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen fand vom 16. bis 17. Januar 2004 an nun schon historischer Stätte im CCH in Hamburg statt. Über 400 Teilnehmer zeigen deutlich, daß die Jahrestagung sich unverändert zum Mittelpunkt der Diskussion gesundheitspolitischer Themen gleich zu Beginn eines jeden neuen Jahres entwickelt.

Erfolgreiche Geschichte des Konvent – Leitende Krankenhauschirurgen sind heute in allen Gremien der DGCh und des Berufsverbandes eingebunden

Wolfgang Teichmann hatte die Tagung vor einem überfüllten Saal eröffnet und auf die letzten Jahre zurückgeblickt, wobei er die finanziellen Probleme im Ge-

sundheitswesen, die Probleme mit Chefarztverträgen sowie ganz allgemein mit der Aus- und Weiterbildung von Assistenzärzten ansprach. Gleichzeitig wies er darauf hin, daß dies die letzte Tagung sein werde, die er veranstaltet. Nach einem Dank an Frau Hinrichs, die die Seele der zurückliegenden zehn Jahrestagungen gewesen ist, übergab er das Staffelholz an Klaus Rückert, der künftig mit seiner Mannschaft die Jahrestagung durchführen wird. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Bernward Ulrich, ging in seinem Grußwort noch einmal kurz auf die Historie des Konvents ein. Zur Zeit der Gründung seien nur etwa 20 Prozent der Chirurgen an Universitätskliniken beschäftigt gewesen, über 80 Prozent aller Vorträge beim Chirurgenkongreß 1992 seien aber von Universitätschirurgen gehalten worden. Wenn man auf die äußerst erfolgreiche Geschichte des Konvents zurückblicke, so zeige sich heute, daß die leitenden Krankenhauschirurgen in allen Gremien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes eingebunden werden. Er wies insbesondere auf die erfolgreiche Mitarbeit in der Strukturkommission hin, die die Umwandlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von einer

wissenschaftlichen Gesellschaft zur Dachorganisation aller wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften erfolgreich gestaltet habe. Die neue Satzung sei fertig und werde auf dem Chirurgenkongreß zur Abstimmung gestellt. Ulrich sprach noch kurz die möglicherweise drohenden Veränderungen in der Indikationsstellung durch die DRG an, bevor er abschließend auf das Langenbeck-Virchow-Haus zu sprechen kam und die Pläne zur Renovierung vorstellte, die in enger Zusammenarbeit mit der Firma BBD/Aesculap durchgeführt werden soll.

70 bis 80 Prozent aller Verfahren gegen Ärzte werden mangels Tatverdacht eingestellt

In der Folge leitete Klaus Rückert nach seinen Worten zur Tagungseröffnung über zu dem Gastreferat „Der Arzt im Strafprozeß“, das von Dr. Peter Gauweiler,

Bayerischer Staatsminister a. D. und Mitglied des Deutschen Bundestages gehalten wurde. Gauweiler wies zu Beginn seiner Ausführungen darauf hin, daß Ärzte gegenüber Rechtsanwälten gelegentlich im Vorteil seien, da betäubte Patienten bekanntlich im Gegensatz zu wachen Mandanten keine Ratschläge erteilen würden. Nach der allgemeinen Feststellung, daß die Verrechtlichung des Berufes zur Defensivmedizin führe und auch aufgrund des Richterrechts eine mangelnde Rechtseinheitlichkeit vorzufinden sei, die sich in dem allseits bekannten Zitat „Vor Gericht und auf hoher See ist man in Gottes Hand“ fest machen ließe, beruhigte er die Anwesenden in soweit, als er darauf hinwies, daß 70 bis 80 Prozent aller Strafrechtsfälle nach § 170/2 StPO

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Rothenburg/Wümme), Chirurg und Vorsitzender des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte (VLK)



mangels Tatverdacht eingestellt würden und vom Rest vieles auch gegen Auflagen nach § 153 a. Trotzdem käme es natürlich, insbesondere in Kleinstädten, durch die zwangsläufigen Rufschädigungen, die von einem Prozeß ausgingen, zu Kollateralschäden. Es folgte ein bunter Strauß von straf- und steuerrechtlichen Problemen. Darstellungen, die letztlich in der Feststellung mündeten, daß nach neuesten Umfragen weiterhin der Stand der Mediziner mit 72 Prozent der meistgeachtete Beruf in der Bevölkerung sei, während sich Rechtsanwälte mit nur 29 oder Politiker gar mit lediglich acht Prozent begnügen müßten.

Kostenneutrale Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes ist nicht möglich – Personalaufstockung beträgt je nach Modell zwischen fünf und 20 Prozent

In seinem Referat „Chirurgen und Chirurgie zwischen Anspruch und Realität“, dem Thema des diesjährigen Chirurgenkongresses, ging der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auf die zunehmenden Probleme des ärztlichen Nachwuchses ein. Angesichts der rückläufigen Studienanfängerzahlen forderte er die Aufhebung des Numerus clausus für Studienbeginner und eine Verbesserung des klinischen Studienteils. Darüber hinaus forderte er, bei einem Anteil von 55 Prozent weiblicher Studienanfänger, den Anteil von Chirurginnen durch geeignete Maßnahmen, die Familie und Beruf miteinander in Einklang brächten, zu erhöhen. Er ging im weiteren näher auf die zusätzlichen Schwierigkeiten, bedingt durch Arbeitszeitgesetz und Mindestmehrgeld Diskussion ein und sprach eine klare Absage

gegenüber einem Krankenhausmodell aus, das einen Minichirurgen in einer Portalklinik einem Maxichirurgen in einer Schwerpunktambulanz gegenüberstellt. Anschließend gab H. F. Weiser in seinem Referat aus der Sicht des VLK eine selbstkritische Betrachtung ab, in der er darstellte, daß das Arbeitszeitgesetz immerhin seit 1994 in Kraft sei, viele Chirurgen jedoch die Notwendigkeit

der Umsetzung nicht gesehen hätten. Die jetzt durch den Gesetzgeber beschlossene Übergangsfrist trage den Umstellungsproblemen aller vom Bereitschaftsdienst betroffenen Branchen mit hohem Anteil von Bereitschaftsdienst und Arbeitsbereitschaft Rechnung. Aus Sicht des VLK würden sich die sogenannten

LAST-Modelle 6–9 wohl für die Praxis eignen. Voraussetzung, wie bei allen Modellen, die den Schichtdienst vermeiden wollen, sei allerdings, daß eine Arbeitszeit von über 12 Stunden, insbesondere an den Wochenenden, möglich sein müsse. Bei einer Wochenarbeitszeit von 48 Stunden sei bei zehn Vollstellen ein Mehrbedarf von 0,3 Stellen errechnet worden,

Eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse klinischer Forschung auf die Versorgung

Die erste Fachsitzung „Chirurgie und Qualität“ begann mit dem Referat von C. Ohmann aus Düsseldorf über Versorgungsforschung als Aufgabe für leitende Krankenhauschirurgen. Ohmann legte die eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse klinischer Forschung auf die Versorgung an den anglo-amerikanischen Begriffen „efficacy“ und „effectiveness“ dar. Wenn man von Über-, Unter- und Fehlversorgung spreche, so seien die Auswirkungen von gesundheitspolitischen Maßnahmen unklar. Ziele der Versorgungsforschung müßten sein, eine Bewertung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung, die Optimierung von Behandlungsabläufen und die Vermeidung eben dieser Unter-, Über- und Fehlversorgung. In diesem Feld träten unterschiedliche Interessenlagen zu Tage, insbesondere bei der Bewertung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, aber auch, was den Stellenwert operativer Therapie in der Versorgungskette angehe. Wichtig sei in diesem Zusammenhang die Untersuchung der Differenz, das heißt des Wertgewinns neuer Verfahren gegenüber den jeweils älteren. Ein weiteres Feld sei der Zusammenhang von Mindestmengen und Qualität. In diesem Zusammenhang bedeuteten prospektive Untersuchungen nicht immer eine bessere Datenvalidität, weil sie zumeist durch einen Studienbias idealisierte Bedingungen vorfänden. Auch retrospektive Studien seien daher durchaus von Wert.

Krankenkassen dürfen aus politischen Gründen keine Förderung des studienbedingten Mehraufwandes bei klinischen Studien leisten

Als Beispiel für Unklarheiten in der Versorgungswirklichkeit nannte Ohmann die unterschiedliche Appendektomiehäufigkeit in den alten und neuen Ländern, aber auch eine Studie, die über den Versorgungs-Outcome von Schenkelhalsfrakturen in Westfalen-Lippe erhoben wurde. Bei dieser Studie zeigte sich beispielsweise, daß ein Jahr nach Versorgung einer medialen Schenkelhalsfraktur rund ein Drittel der Patienten Heimbewohner geworden seien, ein Drittel sei gestorben und bei einem Drittel habe es eine Verschlechterung der Pflegegruppe gegeben. Hinzu käme die Notwendigkeit, eine evidenzbasierte Beziehung zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität herzustellen. Die derzeitigen Regelungen zur Mindestmengenvereinbarung seien pragmatisch und eben nicht evidenzbasiert. Er forderte einen Förderschwerpunkt Versorgungsforschung im Gesundheitswesen und beklagte, daß die Krankenkassen aus prinzipiellen politischen Gründen keine Förderung des studienbedingten Mehraufwandes im Rahmen von klinischen Studien, von Therapieoptimierungsstudien und von Studien zur Versorgungsforschung leisten dürften. Dabei hätte chirurgische Versorgungsforschung natürlich nicht nur Auswirkungen auf die Qualität, sondern würde auch die Art der Versorgung beeinflussen. Eine aktive Unterstützung der Versorgungsforschung durch die leitenden Krankenhauschirurgen sei der beste Beitrag zur eigenen Zukunftssicherung.



Beim KKK sitzt man immer in der ersten Reihe (v.l.n.r. Polonius, Meyer, Teichmann, Rückert, Arbogast, Ulrich)

bei einer Arbeitszeit von 40 Stunden ein Mehrbedarf von 2,3 Stellen. Eine kostenneutrale Umsetzung sei nicht möglich. Die Personalaufstockung für gesetzeskonforme Arbeitszeitmodelle betrage je nach Modell zwischen fünf und 20 Prozent.

Ist eine Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes nicht möglich, muß der Chefarzt dies unbedingt schriftlich monieren

Für ein Krankenhaus der Maximalversorgung forderte H. Meyer aus Augsburg die gezielte Einführung von Schichtdiensten mit Zusammenfassung von Dienstaufgaben, Etablierung von Diagnose- und Therapiestandards, interdisziplinären Teambildungen sowie Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen. Wie dies an einem Krankenhaus der Zentralversorgung umgesetzt werden kann, stellte M. Linder am Beispiel des Ingolstädter Arbeitszeitmodells dar. Im dortigen Klinikum existiert seit 1994 eine elektronische Zeiterfassung mit einem Gleitzeitkorridor, wobei durch die

Einführung von sogenannten Patientenstraßen und Zusammenlegung von Dienstgruppen, beispielsweise in der Unfallchirurgie und Orthopädie, ab 1. Januar 2004 ein neues gesetzeskonformes Arbeitszeitmodell umgesetzt wird. Die Euphorie, mit der das Modell bundesweit vermarktet wird, konnte der Autor des Referates offensichtlich nicht teilen. Die Sicht des Marburger Bundes auf dieses schwierige und überaus spannende Thema blieb den Tagungsteilnehmern verwehrt, da der stellvertretende Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes, L. Hammerschlag, sein Referat kurzfristig abgesagt hatte. Die Sicht des Juristen, vorgetragen von U. Steffen aus Hamburg, ergab erwartungsgemäß, daß die Chefarzte sich bemühen sollten, die Arbeitszeiten gesetzeskonform umzusetzen. Sollte dies aufgrund der personellen Besetzung nicht möglich sein, sei es zwingend erforderlich, den Arbeitgeber immer wieder schriftlich auf diese Mißstände hinzuweisen, um sich nicht selbst wegen eines Organisationsverschuldens strafbar zu machen.

GOÄ: Mehr Transparenz und Vereinfachung durch ablaufbezogene Bündelung von Einzelleistungen und Integration häufiger fakultativer Nebenleistungen

In der „Aktuellen Stunde“ stellt Renate Hess von der Bundesärztekammer ein Konzept für eine Reform der GOÄ vor, in dem sie – neben der Aufführung von Gründen für den Erhalt der GOÄ als Gebührentaxe – als Ausdruck der Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit die Eckpunkte zum Vorschlagsmodell der Bundesärztekammer darlegte. Das Ziel sei, mehr Transparenz und Vereinfachung des Gebührenverzeichnisses durch ablaufbezogene Bündelung von Einzelleistungen zu Komplettleistungen und die Integration häufig vorkommender fakultativer Nebenleistungen zu schaffen. Ein weiteres Ziel sei der Erhalt des Arztbezuges und der wissenschaftlich fundierten Leistungsdefinitionen, mit Kalkulation eines leistungsgerechten Einzelsatzes als neuem durchschnittlichen Gebührensatz anstelle der jetzigen Schwellwerte. Inwieweit diese Vorschläge politisch umzusetzen sind, blieb allerdings nach der Sitzung unklar. Die Tücken der Beteiligungsvergütung machte U. Steffen in seinem zweiten Referat deutlich, wobei er insbesondere auf steuerliche Schwierigkeiten hinwies. So sei das Konstrukt der Freiberuflichkeit unter den Bedingungen einer Beteiligungsvergütung nur schlecht aufrechtzuerhalten. Dies bedeutet ein Unterwerfen der Nebeneinnahmen unter die Lohnsteuer mit allen daraus sich erge-

Prof. Dr. Hartwig Bauer, Generalsekretär der DGCh

benden steuerlichen Konsequenzen. Die „Aktuelle Stunde“ schloß mit einem Bericht aus der GOÄ-Kommission des BDC, den D. Löhlein aus Dortmund abgab. Dabei ging es im Wesentlichen um das Zielleistungsprinzip in der GOÄ. Der Referent stellte einige neuere Landgerichtsurteile vor, die bei der Abrechnung der Hüftgelenkoperation zu ebenso unterschiedlichen Einschätzungen gekommen waren wie bei der anterioren Rektumresektion, teilweise unter Berufung auf die jeweiligen medizinischen Gutachter. Sein Fazit war, daß eine Überinterpretation des Zielleistungsgedankens zu Pauschalabrechnungen führe, die kaum im Sinne der PKV sein könnten. Bei der Abrechnung sei zu überprüfen, ob es sich im Einzelfall um methodisch notwendige Einzelschritte des Eingriffs oder medizinisch notwendige Maßnahmen zur Herstellung des OP-Erfolges handele. Technische Modifikationen, auch Innovationen oder besondere Maßnahmen mit erhöhtem Aufwand, könne man nur durch Erhöhung des Liquidationsfaktors darstellen.



Krankenhäuser könnten Träger von Versorgungszentren sein und wären so ein idealer Ort für die integrierte Versorgung

Im folgenden Vortrag übte K.W. Lauterbach harsche Kritik an dem Mindestmengenvorschlag der Selbstverwaltung. Dies sei ein völlig indiskutables Papier – zumal die Eingriffe an der Carotis, die PTCA, Prostataresektionen sowie Operationen bei Karzinom-erkrankungen von Kolon und

Rektum im Katalog fehlten. Ohne letztlich den Beweis für die Zahl antreten zu können, behauptete er, daß jährlich 10 000 Patienten in Deutschland bei einer Zentralisation dieser Eingriffe überleben würden. Argumente, die chirurgische Weiterbildung käme dann zum Erliegen, spielten hierbei keine Rolle. Wichtiger als die chirurgische Weiterbildung sei der Patientenoutcome. Das GMG fördere Versorgungszentren ohne Freiberuflichkeit. Lauterbach sieht hier eine Möglichkeit, als

niedergelassener Arzt tätig werden zu können, ohne die Risiken der Investition tragen zu müssen, also ein deutlicher Appell für die Wiederbelebung der eingeschläfert Ambulatorien der früheren DDR. Krankenhäuser immerhin könnten Träger von Versorgungszentren sein und wären somit auch ein idealer Ort für die integrierte Versorgung. Die Trends der Zukunft seien Spezialisierung, Interdisziplinarität und Qualität. Ohnehin würde sich auf diesem Wege auch der Markt regulieren,

denn die Bildungsschichten gingen heute schon in die Zentren der Versorgung und stellten die Transparenz selber her. Die DRG würden diese Tendenzen durch massive Konzentration weiter fördern.

Die GKV hat weniger ein Ausgaben- sondern vielmehr ein Einnahmenproblem

Die Fortsetzung der Diskussionen in der Rürup-Kommission an anderem Orte konnte man im darauf folgenden Referat von K. Nagel aus Bayreuth/Augsburg notieren, der sich zu Eingang seines Vortrags mit den Lauterbachschen Thesen auseinandersetzte. Insbesondere wies er auf die unbewiesenen Zahlen hin und forderte nachdrücklich eine leistungsfähige Versorgungsforschung in Deutschland, die überhaupt erst Beweise für jene Thesen erarbeiten könne, die Lauterbach jetzt in die Welt setze. Nagel verwies dann im Folgenden auf die Tatsache, daß die gesetzliche Krankenversicherung weniger einen Ausgabe- als ein Einnahmenproblem habe, die unter anderem auch durch die Krankenversicherung der Rentner hervorgerufen werde. Natürlich bestünde auch eine Informationsasymmetrie, die zu einer Nachfrageinduktion durch Ärzte führen könnte. Die zahlreichen Kniegelenkeingriffe seien dafür ein Beispiel. Die jetzt gefundene Lösung des Praxisbeitrages würde durch Ausnutzung im „bezahlten Quartal“ einen „moral hazard“ fördern. Vorschläge zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung dürften sich aber nicht nur auf die Verbesserung der Einnahmeseite fixieren, vielmehr sollten strukturierte Veränderungen im

DRG: Leistungspalette stärker überprüfen

Der Samstag stand zunächst unter dem Thema DRG: R. Bartkowski aus Berlin stellte den Stand der Weiterentwicklung der Fallpauschalen aus der Sicht der DRG-Kommission der DGCh und des BDC dar. Zunächst wies er darauf hin, daß die Kalkulationsergebnisse lediglich auf der Basis von 144 Krankenhäusern erstellt worden seien. Das sei nur die Hälfte der angeblichen Zahl der Teilnehmer. Die Zahl abrechenbarer DRG sei gegenüber 2003 von 664 auf 824 gestiegen. Es habe 388 Änderungen gegeben. Ausführlich schilderte er das Vorschlagsverfahren für 2005 und wies auf die 25 Zusatzentgelte hin, von denen nur eines kalkuliert sei, der Rest sei frei verhandelbar.

Aus Sicht der GKV ging H. Rebscher, jetzt Hamburg, auf die Erfahrungen aus dem Optionsjahr 2003 ein. Er wies darauf hin, daß durch die DRG eine höhere Leistungsgerechtigkeit durch eine gerechtere Preisfindung möglich sei. Die DRG könnten ein Jahr nach ihrer Einführung deshalb durchaus als Erfolgsmodell bezeichnet werden. Krankenhäuser seien stärker als bisher gezwungen, ihre Leistungspalette auf den Prüfstand zu stellen und ihre Ablauforganisation nicht mehr nach überkommenen Arbeitsweisen, sondern nach dem Patienten und auch auf wirtschaftliche Leistungserbringung auszurichten. Dies werde zu einer weiteren Spezialisierung und zu Verbundstrukturen führen.

Spätestens 2007 werden unwirtschaftliche Kliniken aus dem Markt ausscheiden, so die These

Spätestens nach der Konvergenzphase 2007 werde das Entgelt dazu führen, daß unwirtschaftliche Krankenhäuser aus dem Markt ausscheiden und sich manche kleinere Krankenhäuser auf die stationäre Basisversorgung beschränken müßten. Mehr Leistungstransparenz führe dazu, daß man das Spektrum eines Krankenhauses wesentlich besser beurteilen könne als bisher. Dies erleichtere die Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen. Insgesamt wertete er jedoch, trotz einiger noch ungelöster Probleme, den Einstieg in das neue Abrechnungssystem als erfolgreich. Auch Jürgen Fritze vom Verband der privaten Krankenversicherungen in Köln zeigte in seinem mit rheinischem Humor vorgetragenen Referat eine positive Einstellung zu den DRG, wobei er auf die Notwendigkeit des Einhaltens der Kodierrichtlinien hinwies. Zwar sei all zuviel Vertrauen nicht zielführend, allerdings genauso wenig eine permanente „Kontrollitis“, die sich zu einem „malignem Kontrollom“ auswachsen könne. Dennoch müsse man jeder Art von Upcoding entgegen arbeiten. Aus den jetzt klar werdenen Diagnosehäufigkeiten schloß er, daß es mit der Deutschen Volkswirtschaft nicht voran gehen könne, solange an erster Stelle die Erkrankung des Kniegelenks und an 25. Stelle die Schlafapnoe stünden, denn die erstere hindere einen daran, auf die Beine zu kommen, die zweite würde zu einer derartigen Tagesmüdigkeit führen, daß auch dies nicht wirtschaftsfördernd sei.

Hinblick auf die Ausgabenseite auch langfristige Beachtung finden – wobei Versicherungspflicht und Kontrahierungszwang wesentliche Punkte seiner Auffassung wären. Eine Risikoselektion sei abzulehnen. Es müsse stets einen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken sowie Jungen und Alten geben.

Vorteile der Klinik-Privatisierung: Wirtschaftlicher durch Optimierung von Ressourcen und bessere Kooperation mit Verwaltung und Management

Danach schilderte N. Presselt aus Bad Berka seine durchaus positiven Erfahrungen mit dem Trägerwechsel seiner Klinik. Insbesondere verwies er auf die massiv gestiegene Investitionstätigkeit, die weit über das hinausgegangen sei, was die Öffentliche Hand zu leisten bereit und fähig gewesen wäre. Im unmittelbaren Anschluß stellte A. Tecklenburg, München, die Anforderungen an einen chirurgischen Chefarzt aus der Sicht der Sana-Kliniken dar, die er mit dem einleitenden Statement begann, daß Krankenhäuser in einem Verbund erfolgreicher geführt werden könnten und damit die Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern besser erfüllt würden. Wesentliche Vorteile der Privatisierung stellten sich für ihn im Bereich in der Wirtschaftlichkeit dar durch Definition des Behandlungsspektrums, durch Optimierung von Ressourceneinsatz im Bereich Material und Mitarbeiter sowie eine besseren Kooperation mit Verwaltung und Management. Ein bedeutender Unterschied sei auch das ständige Benchmarking. Dazu gehöre als Anforderung an den Chefarzt, Vergleiche ertragen

zu können im Bezug auf Spektrum, Prozesse, Ressourceneinsatz und Ergebnisse. Notwendig sei auch die Fähigkeit zu einer offenen Diskussion über Standardisierung und über geplante Behandlungsabläufe, Prozesse, die letztendlich dazu führen müßten, daß im Konzern „ein Produkt“ angeboten werde. Er endete mit dem Zitat: „Wer heute den Kopf in den Sand steckt, knirscht morgen mit den Zähnen.“ Die in der



Erstaunen, Faszination, Diskussion (vorne: Ulrich, Bauer, Sänger)

Diskussion aufgeworfene Frage nach den trotz dieser Idealvorstellungen aufgetretenen, bekannten Schwierigkeiten in Stuttgart beantwortete er global, es habe Uneinigkeit mit dem Träger gegeben.

Auf die teilweise gravierenden Auswirkungen auf Chefarztverträge durch Wechsel des Krankenhausträgers aus juristischer Sicht wies U. Baur aus Düsseldorf hin. Zwar gingen bei einem Eigentümerwechsel die bestehenden Arbeitsverträge mit allen Rechten und Pflichten unverändert auf den neuen Eigentümer über, faktisch führe die neue Trägerschaft jedoch oftmals zu Vertragsänderungen oder gar Kündi-

gungen. Auch strukturelle Änderungen von Teilbereichen oder Stilllegung von Abteilungen hätten gravierende Auswirkungen auf den Chefarzt. Es müsse im Einzelfall geprüft werden ob die beabsichtigte Maßnahme durch die in allen Chefarztverträgen existierende Entwicklungsklausel abgedeckt sei oder nur nach billigem Ermessen von solch einem Organisationsvorbehalt Gebrauch gemacht werden könne.

Auch Entschädigungsansprüche hingen letztlich vom Einzelfall ab.

Das Gesundheitssystem befindet sich derzeit im Übergang von der Budgetierung zur Konfektionierung

J.D. Hoppe hatte aus terminlichen Gründen seine Teilnahme an der Tagung des Konvents absagen müssen. In bewährter Weise wurde er durch den Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Wolfgang Klitzsch, vertreten, der sich wieder als brillanter Redner präsentierte. Unter dem Thema „Wie weit sind wir in der Rationierung der Medizin?

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik“ wies er nach, daß das System um den Faktor 4 komplexer geworden sei. Gleichzeitig sei es auf dem Weg von der Budgetierung zur Konfektionierung. Dies führe keinesfalls zur höheren Patientenzufriedenheit, denn Wettbewerb heiße schließlich auch Unterscheidung zu ertragen. Insgesamt führe die derzeitige Situation zu einer deutlichen Wesensverschiebung der Medizin und zu einer spürbaren Veränderung der Rolle und der Stellung des Arztes in diesem Sozialleistungssystem. Kritisch und abnehmend werde vor allen Dingen die Ressource Engagement sein. Unter dem Eindruck, daß plötzlich eine Diskussion um Leistung und Elite wieder möglich werde, riet er dazu diese Diskussion offensiv, selbstbewußt und reflektiert aufzugreifen und daraus das entsprechende Selbstbewußtsein abzuleiten, begründet mit einem Zitat von Ernst Jünger: „Wo heute Bereitschaft, Wille zum Opfer und damit Substanz sich zeigen, liegt immer die Gefahr der sinnlosen Vernutzung nahe. Ausbeutung ist der Grundzug der Maschinen- und Automatenwelt. Sie steigert sich zur Unersättlichkeit, wo der Leviathan erscheint. Darüber darf man sich auch dort nicht täuschen, wo großer Reichtum die Schuppen zu vergolden scheint. Er ist noch fürchterlicher im Komfort.“ (Ernst Jünger, Über die Linie, Frankfurt/Main,1950). Nur sehr wenige Teilnehmer hatten trotz der fortgeschrittenen Zeit vorzeitig den Saal verlassen, als der Vorsitzende die Tagung endgültig beendete. Daß die Ärztekammer Hamburg die Zertifizierung der Veranstaltung verweigert hatte, spielte für keinen der Teilnehmer eine Rolle. ◀
Dr. med. V. Sänger, Eichstätt