

## 12. Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen

# Dauerbaustelle Gesundheitspolitik

Der aktuelle Stand der Gesundheitsreform war das Thema der ersten Sitzung – damit wurde deutlich, daß die Gesundheitspolitik schon seit Jahren eine Dauerbaustelle ist. Zu diskutieren ist also nicht mehr eine begonnene Politik, eine kontinuierliche Richtung, sondern der Stand einer – ja eigentlich welcher – Reform, die sich gerade auf der Agenda befindet. Auf diese Tatsache hatte auch der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Hans Detlef Saeger aus Dresden hingewiesen, der in seinem Grußwort die Wertschätzung der Tagung zum Ausdruck brachte. So werde der Wandel im Gesundheitswesen weniger als Problem oder Herausforderung und Chance gesehen, stattdessen entstünden zahlreiche Aktivitäten schlicht aus Geldmangel. Natürlich bedeute Stillstand Rückschritt, aber auch nicht jeder Fortschritt sei wirklich Fortschritt. Saeger wies auf die vor kurzem erschienene IQWiG-Studie hin, in der das deutsche Gesundheitswesen hervorragend abgeschnitten habe. Sorgen bereite indessen die demographische Entwicklung: So praktizierten bei Fortschreibung der jetzigen Daten in zehn Jahren etwa 25 000 Ärzte weniger in Deutschland. Saeger schloß mit der Einladung zum Chirurgenkongreß nach Berlin und versprach dort spannende Themen.

Im Grußwort des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, wies der Präsident Michael J. Polonius



DGCH-Präsident H.D. Saeger lädt ein zum Chirurgenkongreß

darauf hin, daß der Staat bislang stets verschwiegen habe, wo die Kosten in den Sozialsystemen entstehen. Es sei nicht nachzuvollziehen, warum der gesetzlich versicherte Bürger nicht wissen solle, wie hoch die von ihm induzierten und die durchschnittlichen Ausgaben pro Jahr seien.

**Gigantischer Honorarverzicht aller Ärzte durch unbezahlte Überstunden führte mit zu den unzureichend kalkulierten DRG**

So sei denn auch die erneute Reform nicht die Lösung eines reinen Finanzproblems, sondern erfordere eine gesellschaftspolitische Lösung. Das sachgerechte Angehen der Probleme bedürfe allerdings auch eines klaren Konzeptes der Ärzteschaft und so stelle sich die Frage, ob diese eigentlich ihre Hausaufgaben gemacht

habe. Die entstehende Lücke in der Versorgung müsse durch bessere Qualifikationen geschlossen werden. In diesem Zusammenhang verwies Polonius auf die Akademie der Deutschen Chirurgen, die unmittelbar vor ihrer Gründung stehe. Letztlich schloß er den Bogen zu den derzeit im Raume stehenden Forderungen nach Verbesserung der Bezahlung mit der

ironischen Bemerkung: „Wir wollen alle für die Arbeit nicht so viel zahlen, wie wir haben wollen, wenn wir arbeiten.“

Auch der Vorsitzende des Konvents, Reinhard Bittner (Stuttgart), der im Anschluß an die Grußworte die eigentliche Einführung in die Tagung gab, wies darauf hin, daß das Besoldungsproblem einer weiteren Diskussion bedürfe. Immerhin läge in den Privatliquidationen für Praxen und Krankenhäuser auch ein Verbesserungsfaktor, der letztlich allen Patienten, auch den gesetzlich versicherten, zugute käme. Auch sei es nicht einzusehen, warum die Gesetze des Marktes nicht auch für das Gesundheitssystem gelten sollten. Freilich gebe es einzelne Schwachstellen im System, diese bewirkten aber nicht eine Erkrankung des Gesamtsystems. Die Kalkulation von DRG und Baserate seien auch deshalb so unzureichend, weil ein gigantischer Honorarverzicht



V. Sänger und der Vorsitzende des Konvents R. Bittner



M.J. Polonius bei seinem Grußwort

aller Ärzte durch nicht erfaßte und bezahlte Überstunden mit in die Kalkulationsbasis eingeflossen sei.

Bittner leitete dann über zu einer Vorstellung des Gastreferenten, Prof. Dr. Gerhard A. Ritter (München), der in seinem Einleitungsreferat über „Die Wiedervereinigung und der deutsche Sozialstaat“ sehr plastisch erläuterte, woher wesentliche Teile der finanziellen Schwierigkeiten in den Sozialversicherungen stammten. Hier seien im Rahmen der Wiedervereinigung schwere, die Leistungsfähigkeit des westdeutschen Systems überfordernde Forderungen aufgestellt und erfüllt worden. Die Sozialunion sei im ursprünglichen Angebot der Wiedervereinigung nicht enthalten gewesen und gerade auch im Bereich des Gesundheitswesens sei durch die zuvor erfolgte Abwanderung von Jüngeren aus den neuen Ländern, die schlechte Substanz der Kliniken und vieles andere mehr, eine massive Belastung eingetreten, die die ohnehin schon vorhandenen Probleme extrem verschärft hätten. Nach dieser umfangreichen Analyse der Situation begann die erste Sitzung, die der Generalsekretär der DGCh, Hartwig Bauer, mit

dem Dreiklang der Koalitions-klausur in Genshagen eröffnete, „Sanieren, Reformieren, Finanzieren“ und die Gelegenheit nutzte, ebenfalls noch einmal auf die aktuelle Studienlage über das deutsche Gesundheitswesen hinzuweisen: Die „Beske-Studie“ und die „Sawicki-Studie“, wobei der Autor der letzteren ja in einer Pressekonzferenz ein altes Lauterbach-Zitat richtiggestellt hatte, in dem er sagte, die Deutschen führen, was ihr Gesundheitssystem angehe, einen luxuriösen Mercedes, bekämen aber suggeriert und glaubten dies auch, einen gebrauchten, reparaturbedürftigen Golf zu fahren.



H. Bauer in typischer Pose

## **Ärztammerpräsident Hoppe warnt vor Entstaatlichung der Versorgungsstrukturen**

Den Reigen politischer Statements eröffnete Dr. Rolf Koschorrek, Mitglied des gesundheitspolitischen Ausschusses für die CDU im Deutschen Bundestag. Koschorrek wies darauf hin, daß die große Koalition beim Thema Gesundheitspolitik in einer schwierigen Phase stünde. Ein gemeinsames Konzept läge noch nicht vor, es bestehe aber immerhin Einigkeit darin, daß eine grundsätzliche Reform mit Änderungen auf der Einnahmen- und auf der Ausgabe-seite unseres Gesundheitssystems notwendig sei. Einigkeit

bestehe auch im Zeitplan. Bis Mitte dieses Jahres solle ein neues Konzept für eine Gesundheitsreform stehen. Der Referent zeigte deutlich seine Sympathie für das neue niederländische Modell und wies darauf hin, daß jetzt der vielleicht optimale Zeitpunkt sei, um die vielfach eingespielten Rituale zu überwinden, mit denen die Beteiligten ihre eigenen, jeweils durchaus begründeten und berechtigten Interessen bislang zu vertreten pflegten. Dies sei eine eindeutige Chance der großen Koalition.

Wesentlich skeptischer sah Ärztekammerpräsident Jörg D. Hoppe die Chancen auf einen Wechsel in der Gesundheitspolitik. Gerade im Bereich Gesundheit sei ein Wandel kaum vorstellbar, da es sich um ein komplett aus der Vorgängerregierung stammendes, unverändertes Ministerium handle, so daß erneut die Konfrontation mit den vertrauten Denkansätzen aus 2003 zu erwarten sei. Hoppe warnte vor einer Entstaatlichung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger Verstaatlichung der Prozeduren im Gesundheitswesen. Bei der Frage, wer denn eigentlich den ärztlichen Behandlungsauftrag definiere, der Gesetzgeber, der gemeinsame Bundesausschuß, die Vertragspar-



R. Koschorrek

teien, die Krankenkassen, die Versicherten durch Individualentscheidung oder die Ärzte, diagnostizierte er ein Durchgangssyndrom im neurologischen Sinne und beschrieb die Arbeit des Ministeriums mit dem Satz: „Wenn man ein Violinkonzert auswendig gelernt hat, spielt man es auch dauernd.“ Hoppe schloß seine Ausführungen mit der Aufforderung, den Fraktionen gegen das Ministerium zu helfen, deren Mitglieder also allesamt zu Geigern zu machen. Nicht unerwartet widersprach ihm Markus Lungen, Mitarbeiter des verhinderten Karl Lauterbach, der die Sicht der Ökonomie fundiert und leidenschaftslos darstellte. Schon vor der Wahl seien alle Projekte des Ministeriums auf die Zeit nach 2006 vertagt gewesen. Nie sei die demographische Entwicklung so günstig wie zur Zeit. Daher sei jetzt die Zeit zum Handeln, denn die Demographie böte im Jahre 2005 eine dreifache Entlastung, während in den Jahren 2015 bis 2020 durch den Bauch des Babybooms eine dreifache Belastung auf das System zukäme. Sein erstes Fazit war also, auch wenn die Ausgaben nicht steigen, steigt die Belastung. Der Referent wies ferner darauf hin, daß die Ausgaben von PKV und GKV pro Kopf und Jahr in Euro gerechnet nahezu identisch seien und kam zum zweiten Fazit, daß nach seiner Sicht wenig dafür spräche, daß die PKV in der heutigen Form dauerhaft fortbesteht.

## **DRG und Verweildauer gewinnen erhebliche Aus- wirkung auf Entwicklung der Bettenzahl, die sich damit dem internationalen Niveau angleicht**

Durch Zunahme der medizinischen Versorgungszentren und ambulante Öffnung der Kranken-





Erste Orientierungsversuche

häuser käme es zu einer Individualisierung der Einnahmenseite. Die Erlöse aus der PKV-Behandlung würden sich ändern und die ambulante Krankenhausbehandlung werde einen größeren Stellenwert bekommen. DRG und Verweildauer gewannen eine erhebliche Auswirkung auf die Entwicklung der Bettenzahl, die sich damit dem internationalen Niveau angleichen werde.

Insbesondere die letzte Bemerkung wurde von Hartwig Bauer mit dem Hinweis gekontert, daß eine niedrigere Bettenzahl in anderen Ländern per se nicht beweise, daß diese der richtigen Zahl entspreche. Die teilweise überbordenden Wartezeiten in anderen Gesundheitssystemen sprächen hier durchaus eine andere Sprache.

Die Frage nach dem „zeitgemäßen Chefarzt“ beschäftigte das Auditorium in der zweiten Sitzung des Tages. Den Chefarzt als Manager eines Ergebniscenters sah Klaus-Peter Murawski, Bürgermeister der Stadt Stuttgart und zuständig für den Kommunalbetrieb Klinikum Stuttgart mit 2600 Betten, als idealtypischen Leiter einer Abteilung. Der Referent stellte das durchaus nützliche Konstrukt kommunaler Eigenbetrieb als idealen Fall dar, weil wegen Basel

II und der kommunalen Kreditvergabe hier deutliche Vorteile auf dem Kapitalmarkt bestünden. Er forderte allerdings auch, daß die Maximalversorgung im DRG-System abgebildet werden müsse, wenn es sie künftig noch geben soll und baute damit einen deutlichen Widerspruch gegen das Prinzip gleiches Geld für gleiche Leistung auf. Interessant war seine Forderung nach einer Unterstellung des Pflegedienstes unter die Chefärzte und der deutliche Hinweis darauf, daß der Pflegedienst bereit sein müsse beispielsweise auch Blutabnahmen zu übernehmen. Wichtig sei auch eine konsequente Personalpolitik. So habe der Wettbewerb um konkurrenzfähige Oberärzte bereits heute begonnen. Die juristische Sicht auf dieses Thema, vorgetragen durch Michael J. Quaas (Stuttgart), zielte ebenfalls auf die stärkere Ökonomisierung ab. Er forderte von Chefärzten in einem staatliche determinierten Pflegesatzsystem, daß nicht wirklich ein Marktsystem sei, eine teamorientierte Vorgehensweise und erläuterte, daß es sich bei der Kodierung um eine „Bemühenspflicht“ handle, woraus sich freilich keine Haftungspflicht für Kodiergenauigkeit ableiten lasse. Auch Zielvereinbarungen wie sie heute zunehmend von Geschäftsleitern

gefordert werden, setzten klare Formulierungen voraus und dürften keinen Verstoß gegen das Gebot der rechtlichen Unmöglichkeit darstellen. Die Änderungsklauseln in Chefarztverträgen hingegen seien hinreichend gerechtfertigt als Versuch einer Willkür entgegenzuwirken.

## **Anforderung an den modernen Chefarzt aus Sicht der privaten Träger: Interdisziplinäres, prozeßorientiertes Arbeiten**

Andrea Aulkemeyer, Rhön-Klinikum AG, wies für die privaten Klinikträger darauf hin, daß es sich bei dem Gesundheitsmarkt um einen ausgesprochenen Wachstumsmarkt handle, ein Markt ohne Aufgabe des Nothilfeanspruches, aber mit mehr additivem als substitutivem Charakter bei allen Neuerungen. Anforderung an den modernen Chefarzt aus Sicht der privaten Träger sei interdisziplinäres, prozeßorientiertes Arbeiten, der Chefarzt müsse eher Trainer denn Spieler sein.

Verständlich, daß gerade letztere Bemerkung nicht das Wohlwollen aller anwesenden Diskutanten fand – insbesondere nicht des

nachfolgenden Redners, Markus W. Büchler (Heidelberg), der chirurgische Qualität in den Vordergrund der Chefarztstätigkeit stellte. Dabei ginge es um die Frage: „Wie hast Du operiert, nicht nur wie viel.“ Der Chefarzt müsse eine „Marke“ sein, die chirurgischen Abteilungen seien Leuchtturmabteilungen in den Kliniken. Allerdings hielt auch Büchler ein umfangreiches Managementtraining für erforderlich, um beispielsweise ein zentrales Patientenmanagement umsetzen zu können. 70 Prozent der Tätigkeiten seien Managementaufgaben, nur 30 Prozent weiterhin Fachaufgaben. Managementfähigkeiten sind zwingend für die Zukunft, so das Fazit seiner Ausführungen.

Das gegen den Autor ergangene Urteil des Bundesfinanzhofes in Sachen Lohnsteuerpflicht von Privatliquidationserlösen war aufgrund seiner Aktualität Anlaß für einen eingeschobenen Vortrag von U. Steffen (Hamburg) der neben einer kurzen Darstellung des Urteiles an sich, Wege aufzuzeigen versuchte, die Lohnsteuerpflicht künftig zu umgehen. Hierzu seien Vertragsänderungen erforderlich, die wesentliche Punkte wie Unabhängigkeit bei der Stellvertreter-



H.J. Meyer im Gespräch mit K. Rückert

regelung, Herausnahme der Behandlung von Privatpatienten aus der Diensttätigkeit sowie eine Abgabepflicht unabhängig vom Zahlungseingang umfassen.

In der folgenden aktuellen Stunde stellte Reinhard Bittner die aktuelle Umfrage des KLK vor, die sehr detailliert die Situation der leitenden Chirurgen in Deutschland abbildet. Erstaunlich war, daß insgesamt die Zufriedenheit mit ihrem Beruf bei den Kollegen in den letzten Jahren wieder gewachsen ist, auch, oder vielleicht sogar weil sich die Zahl der privaten Träger auf rund 18 Prozent gegenüber der letzten Umfrage fast verdoppelt hat. Die aktuelle Stunde wurde abgeschlossen mit einem Referat von A. Pieritz (Bundesärztekammer) die die Bemühungen um Erhalt und Fortentwicklung der GOÄ auch im Zeitalter der DRG darstellte und um Unterstützung durch den Konvent warb. Die Diskussionen fanden ihre Fortsetzung beim Gesellschaftsabend, der wie stets den ersten Tag abrundete.

*Ein Blick ins Auditorium*



**Beim INEK sind  
1670 Änderungsvorschläge  
eingegangen, davon  
wurden nur 16 Prozent  
berücksichtigt**

Der zweite Tag und das Thema DRG waren geeignet auch die Teilnehmer hellwach zu machen, die den Abend etwas später haben ausklingen lassen. In gewohnt sachlicher Art stellte Rolf Bartkowski, Mitglied der DRG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, weiter bestehende Unausgewogenheiten im DRG-System dar. 1670 Änderungsvorschläge seien beim INEK eingegangen. Davon wurden nur 16 Prozent berücksichtigt. Der Dialog mit dem INEK müsse intensiviert werden. An verschiedenen, jetzt in einem Gerüst vorgegeben Kombinationsmöglichkeiten und einer aus seiner Sicht noch notwendigen Verbesserung der Abbildung von Mehrfacheingriffen konnte er darstellen, daß nach wie vor eine stärkere Spreizung der DRG erforderlich sei. Billige Leistungen werden noch wesentlich billiger werden. Dies sei als Warnung an die Krankenhäuser der Grund- und Regelver-

sorgung zu verstehen. Er schloß mit der Feststellung, daß der Begriff lernendes System zuträfe, das System jedoch noch ein großes Lernpensum vor sich habe.

Die Frage, ob das Geld der Leistung folge, war das Thema des nachfolgenden Vortrags von Werner Gerdemann (VdAK Siegburg). Gerdemann machte deutlich, daß die Umstellung nicht nur



Auswirkungen auf die Krankenhäuser, sondern auf die Krankenkassen habe. Im alten Vergütungssystem hatte der gewonnen, der gut verhandeln konnte, das sei jetzt anders. Allerdings wies er einige der im vorausgegangenen Referat geäußerten Kritikpunkte zurück. Die DRG stellten nun einmal auf den durchschnittlichen Behandlungsfall ab und das System könne so schlecht nicht sein, wenn es jetzt von der Schweiz übernommen werde. Der Katalog und die hinterlegten Preise würden schließlich auch nicht vereinbart, sondern errechnet. Die Teilnahme an der Kalkulation sei freiwillig, es sei jedem Haus dabei freigestellt teilzunehmen, derzeit seien dies nur 221 Krankenhäuser. Auch Gerdemann sieht eine Zunahme der Zahl und der Schweregradifferenzierung kommen und schloß mit der Feststellung, daß die Budgetierung nach 2010 weitergehen werde, wenn die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben so wei-

ter aufgehe wie im Jahre 2005. Der am Vortag ausgefallene Vortrag über die Arbeit der GOÄ-Kommission der von B. Kleinken (Köln) für den erkrankten Dietrich Löhlein gehalten wurde, machte noch einmal deutlich, daß juristisch strittige Rechnungen zu 100 Prozent vom Rechnungssteller erfolgreich angegangen werden könnten. Medizinisch sei diese

Erfolgsrate deutlich geringer. Dies läge immer am medizinischen Gutachten und somit am Gutachter, der die Frage zu klären habe, was medizinisch und was methodisch notwendig sei. B. Kleinken wies ausdrücklich darauf hin, daß die GOÄ wie eine Handwerkergebührenordnung zu lesen sei, nicht wie ein medizinisches Lehrbuch. Dies bedeute, daß nur der geschriebene Text gilt, wenn das Zielleistungs-Prinzip beschrieben wird.

**Zukünftig ist ein Anteil  
elektiver Fälle von minde-  
stens 80 Prozent für ein  
Krankenhaus überlebens-  
notwendig**

„Krankenhausstrukturen im Wandel“, so die Überschrift des folgenden Vortragsblocks: Eröffnet von R. Steinbrück (München), der in den medizinischen Versorgungszentren – wie die Ministerin – das Goldkorn der Gesundheits-



reform gefunden zu haben glaubt. Bei derzeit mehr als 262 medizinischen Versorgungszentren werden es Ende des Jahres wahrscheinlich rund 1000 sein. Durch erhebliche punktwertsteigernde Effekte seien MVZ als „sozi-kapitalistisches“ Kind äußerst zukunftsfähig und auch unter Leitung von Geschäftsführern und Chefärzten von Krankenhäusern denkbar. Zu beachten sei lediglich die Außenwirkung im Sinne einer direkten Konkurrenz zum niedergelassenen Bereich. Auch R. Hoberg (Stuttgart) der die Sicht der AOK zu diesem Thema darstellte, meinte, daß hier zukunftssträftig, sektorübergreifend und in der Fläche die Versorgung sicherstellend bearbeitet werde.

Einen sehr innovativen Ansatz des Blicks auf Marktwirtschaft im Gesundheitswesen und die daraus resultierenden Chancen bot Gerhard F. Riegl (Augsburg): Am „Krebsbüchlein für angehende Ärzte“ stellte er dar, daß es weniger auf Gelehrtheit ankäme als vielmehr auf Klugheit. Er zeigte

am Beispiel der DRG auf, daß das Prinzip der Gesundheitsreformen darin bestehe, immer wieder Unruhe ins System zu bringen. Riegl wies nach, daß Kundenorientierung in der Medizin ein Abstieg sei. Die Bürokratie in der Planwirtschaft des Gesundheitswesens würde wesentlich durch das geldlose Geschäft hervorgerufen und bewirke letztlich Moral Hazard, nach dem Motto: „Freibier macht durstig“. Wesentlich für jedes Krankenhaus sei die Generierung von elektiven Fällen. Hier seien mindestens 80 Prozent für ein langfristiges Überleben erforderlich, steuerbar über Patientenbindung und Einweisungs- wie Entlassungsmanagement. Kurieren an Symptomen, wie beispielsweise die Verkürzung von Schnitt-Naht-Zeiten hatten den Effekt einer „Vollbremsung bei einem Auto, das schon steht“.

Das in letzter Zeit häufig geforderte Critical-Incident-Reporting-System (CIRS), das in der Schweiz für mehrere Intensivstationen eingeführt ist, stellte M. Kaufmann

(Basel) vor: Er wies darauf hin, daß Großschadensereignisse relativ selten sind, kleine Fehler hingegen viel häufiger. Bei dem in der Schweiz installierten System ginge es um das Sammeln von Beinahefehlern in geschützten Räumen gleicher Systeme. Der Referent sagte allerdings auch, daß bedingt durch erhebliches Unterreporting im klinischen Alltag generelle Erkenntnisse aus solchen Systemen mit Vorsicht zu interpretieren seien. Der Hauptnutzen von CIR-Systemen läge sicher in der lokalen Beeinflussung der Fehlerkultur in dem Umfeld, in dem solche von der jeweiligen Führung unterstützten Systeme betrieben werden. Grundvoraussetzung sei die Einsicht, daß durch die Propagierung einer Sicherheitskultur im eigenen Betrieb vermeidbare Fehler reduziert werden können. Mit der Frage ob solche Fehler angezeigt werden müssen, setzte sich Ulrich Baur (Düsseldorf) in seinem folgenden Referat auseinander. Auch dem sorgfältigsten Operateur kann ein Fehler unterlaufen

und es stelle sich die Frage, ob dieser dann seinen Fehler selbst zur Anzeige bringen müsse. Baur wies darauf hin, daß keine allgemeine Offenbarungspflicht bestehe, soweit dem Patienten aus dem Fehler heraus kein Gesundheitsschaden drohe. Allerdings werde zum Teil in der Literatur eine andere Rechtsauffassung vertreten und natürlich sei ein offener Umgang gegenüber dem Patienten einzufordern, der allerdings die von der Haftpflichtversicherung gesetzten Grenzen zu respektieren habe.

## **Marburger Bund: Der TVÖD muß durch einen arztspezifischen Tarif- vertrag ersetzt werden**

Im letzten Block der Veranstaltung ging es um Arbeitszeitgesetz und Tarifrecht, beginnend mit der Darstellung aus der Sicht des Marburger Bundes. Dessen zweiter Vorsitzender, Rudolph Henke, stellte dar, daß der Beschluß des Landesarbeitsgerichtes Köln zur Rechtswidrigkeit eines Streikes







H. Bauer, A.J. Schmidt und K. Rückert in einer Sitzungspause

zwar einerseits ein Rückschlag, andererseits aber auch ein Erfolg gewesen sei, weil er ausdrücklich die Möglichkeit zu einem arzt-spezifischen Tarifvertrag anstelle des TVöD bescheinigt habe. Dieser müsse wegen des drastischen Gehaltsverlustes gegenüber dem

bisherigen BAT auch massiv bekämpft werden und durch einen arzt-spezifischen Tarifvertrag abgelöst werden. Die ersten Gespräche seien vereinbart. Henke setzte sich abschließend kritisch damit auseinander, daß die Übergangsregelung in §25 des Arbeits-

zeitgesetzes um ein Jahr verlängert worden sei. Die Entscheidung dürfe auf keinen Fall dazu führen, daß nun wieder alle Bemühungen zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes gestoppt würden. In seinem anschließenden Referat gab Hans-Reiner Zachert (Solingen) die Sicht des Konvents wieder, wobei er gemeinsam mit Hans Joachim Meyer die Gefahr deutlich machte, daß durch die neuerliche Verschiebung bisherige Bemühungen erneut auf die lange Bank geschoben würden.

Kann Personal eingeklagt werden? Eine schwierige juristische Frage, die von M. H. Müller (Bochum) auch nur eingeschränkt beantwortet werden konnte. Unter bestimmten Bedingungen ist es natürlich möglich Personal einzuklagen. Dies kann aber arbeitsrechtlich erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen, muß mit der jeweiligen wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses abgeglichen werden und stellt somit nur eine Ultima ratio dar, die es dem Chefarzt ermögliche, sich gegebenenfalls vom Vorwurf der Organisationsverantwortung zu entlasten.

Der Konvent der leitenden Krankenhauschirurgen, mittlerweile auf über 680 Mitglieder angewachsen, hat mit seiner Tagung in Hamburg erneut seine hohe gesundheitspo-

litische Kompetenz unter Beweis gestellt. Gleichzeitig wurde in allen Diskussionen deutlich, daß ein Agieren im gesundheitspolitischen Umfeld weitaus wichtiger ist als ein Reagieren. Das weitere Zusammenrücken von Deutscher Gesellschaft für Chirurgie, Berufsverband der Deutschen Chirurgen und Konvent der leitenden Krankenhauschirurgen stellt in diesem Zusammenhang ein unverzichtbares Element dar, wenn es darum geht, das Gewicht der ärztlichen Stimme in der fortwährenden Reformdiskussion zu stärken. Im Gefühl, besser verstanden zu werden, fuhren die über 350 Teilnehmer nach Hause. ◀

Dr. med. Volker Sängler, Eichstätt



Ein hochkonzentriertes Publikum ...



... Aufwiedersehen bis zum nächsten Jahr.

Die **Kongresszeitung** begleitet Sie – auch dieses Jahr wieder – an drei Tagen durch den Chirurgenkongress in Berlin!

