

## 13. Tagung des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen

# Anästhesist: Hausarzt oder Etagenkellner?

Gekennzeichnet durch die stets lebhaften Diskussionen und ein phasenweise schwieriges Zeitmanagement fand am 12. und 13. Januar 2007 zum 13. Mal die Tagung des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen im Congress Center Hamburg (CCH) statt. Bereits die Grußworte versprachen, was die Tagung in der Folge hielt, nämlich eine lebhaft Auseinandersetzung mit den derzeit anstehenden gesundheitspolitischen Themen. Nachdem Klaus Rückert als Veranstalter die während der gesamten Tagung anwesenden 350 Mitglieder begrüßt hatte, hob R. Arbogast, der in Vertretung für den in den USA weilenden H. U. Steinau das Grußwort des Präsidenten der DGCH sprach, darauf ab, daß die Gesundheitspolitik der jüngeren Zeit keinesfalls zu einem positiven Ergebnis geführt habe. So bleibe unklar, ob stürmische Winde eine große Koalition notwendig gemacht haben oder diese erst durch die große Koalition entstanden seien. Kritisch setzte sich Arbogast auch mit der Terminologie auseinander, die derzeitige Diskussion bestimmt. Allmählich verkomme beispielsweise der Begriff Benchmarking zum Messen am Billigsten, nicht mehr am Besten und er stellte fest, daß dies wohl für alle zutrefte, egal ob öffentliche, freigemeinnützige und die private Krankenhäuser, denn in der Privatisierung sei auch kein



R. Arbogast

Allheilmittel für die derzeitigen Situation zu erkennen.

Auch der Vorsitzende der DGVC, H. J. Buhr aus Berlin, nutzte die Gelegenheit, um eine Bilanz über acht Jahre DGVC zu ziehen. Er machte deutlich, daß das Gründungsanliegen dem Wunsch der DGCH entsprochen habe, die verloren gegangenen Söhne wieder zu gewinnen. Dies heiße, daß die Teilgesellschaften wieder zurückgekehrt seien, weil sich die DGC gewandelt habe. Eine Konsequenz dieser Rückkehr sei ein Erstarren der Unfallchirurgie, die zusammen mit den Orthopäden die weitaus größte Zahl der Mitglieder stelle. Es sei deshalb extrem wichtig, die Viszeralchirurgie wieder auf gleiche Augenhöhe zu bringen, da lediglich fünf Prozent aller Staatsexamens Teilnehmer die Chirurgie als Fach wählten und die Besten natürlich auch in die stärkste Chirurgie gingen. Er forderte daher, die Säule der Allgemein Chirurgie künftig der Viszeralchirurgie zuzuschlagen und damit einen Schritt in Richtung „General Surgeon“ zu

gehen, um so das Fach attraktiv zu halten.

M.J. Polonius wies in seinem Grußwort für den BDC darauf hin, daß die Weiterbildungsordnung mittlerweile in allen Landesärztekammern verabschiedet sei, wobei eine sinnvolle Umsetzung essentielle Aufgabe aller Chirurgen sei. Insbesondere in Bayern sei die Umsetzung bislang völlig ungenügend. Zu attestieren sei nach Umfragen bei PJ-Studenten eine massive Unzufriedenheit mit dem Gebiet Chirurgie, die zu einem absehbaren Defizit bei der Stellenbesetzung führen würde.

**Eine Umfrage zeigt:  
69 Prozent der  
Bevölkerung hat die Ziele  
der Gesundheitsreform  
nicht verstanden**

Das Gastreferat „Die zukünftige Bedeutung der privaten Krankenversicherung unter den Vorgaben der Gesundheitsreform“, wurde vom Leiter des wissenschaftlichen Institutes des PKV-Verbandes, C. Weber, gehalten. Er eröffnete sein Referat mit der Frage, ob die Bevölkerung überhaupt noch nachvollziehen könne, was in der Gesundheitspolitik geschieht. So haben 69 Prozent der Menschen die Reform überhaupt nicht verstanden. Problematisch seien zum einen die steigenden Lohn-Nebenkosten, zum

M.J.  
Polonius

anderen die Festlegung der beiden Parteien im Wahlkampf auf Modelle ohne empirische Prüfung deren Auswirkungen. Weber zeigte, daß die Bürgerversicherung gegenüber dem Status quo eine Steigerung um 0,2 Prozent-Punkte bis 2050 bedeute, die Gesundheitsprämie, die man zu diesem Zwecke auf Indexwerte umrechnen müsse, im gleichen Zeitraum nur geringfügig günstiger sei. Das bedeute, daß beide Varianten gegenüber dem Istzustand keine entscheidende Verbesserung ergeben würden. Das Problem zur Einführung der Reform seien also steigende Beitragssätze, das Problem nach der Reform seien ebenfalls steigende Beitragssätze. Hinzu kämen die „lichtvollen Ausführungen“ der Gesundheitsministerin, die Patienten würden nicht belastet. Belastet werden also nicht die Patienten, sondern die Beitragszahler.

Auch werde die PKV zum Fremdkörper gemacht und durch acht Maßnahmen der Reform massiv angegriffen. Im Wesentlichen seien dies der PKV-Basistarif, der

GKV analog sei, den Ärzten aber den 1,8fachen Satz brächte. Dieser und die Portabilität der Alterungsrückstellungen im Neu- und Altbestand würden zu massiven Beitragsanhebungen führen, da die Lücken, die die Mitnahme der Alterungsrückstände reißen würden, durch die Solidargemeinschaft der anderen aufgefüllt werden müßten. Dies bedeute de facto nichts anderes als eine Erhöhung der Beiträge. Allerdings bestünden auch Chancen: Je schlanker der Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung sein werde, desto attraktiver wird ein höheres PKV-Leistungsniveau. Zunehmende Rationierung im gesetzlichen System machen auch den Zusatzversicherungsmarkt attraktiver und letztendlich könne man sich wehren, indem man neue Versorgungsstrukturen in Form eigener Ärztenetze mit eigenen Qualitätsstandards schaffe.

### **Die Allgemein Chirurgie ist die einzige vernünftige Antwort auf die Frage nach der chirurgischen Versorgung in abgelegenen Regionen**

In der ersten Sitzung ging es um die neue Weiterbildungsordnung und deren praktische Umsetzung. Der erste Redner war R. Schäfer, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein, der die Strukturen der Weiterbildung darstellte. Schäfer kam zu der Erkenntnis, daß der Bund prinzipiell seine Zuständigkeiten überschreite, da die Weiterbildung Ländersache sei. Der Hebel sei allerdings das Sozialgesetzbuch. Zweiter Player sei die EU, die eine Ablösung der Approbation durch die Weiterbildungsordnung als Zulassungsvoraussetzung

betreibe, um die nötigen Migrationsvoraussetzungen für europäische Ärzte zu schaffen. Schäfer setzte sich intensiv mit den Einflussfaktoren auf die Weiterbildung auseinander, so etwa die Mindestmengen, die DRG, das Arbeitszeitgesetz und das GKV-Modernisierungsgesetz. Stellgrößen für die Attraktivität einer Weiterbildungsstelle und eines Faches blieben jedoch Weiterbildungsbefugnis, die Ärzte in Weiterbildung und die Zahl der Fachärzte sowie insbesondere die Anzahl der Eingriffe pro Abteilung. Im Endeffekt würden dadurch auch Angebot und Nachfrage gesteuert, denn die von Schäfer dargestellte Alterspyramide zeigte bereits eine deutliche Verschiebung der Altersstrukturen in die älteren Altersgruppen. Im Anschluß ging T. Manger (Gera) auf die Allgemein Chirurgie ein: Er stellte die Frage, ob der Allgemein Chirurg ein Facharzt ohne Wert, ein Facharzt zweiter Klasse sei, in dem er die Literatur der letzten Jahre zu diesem Thema beleuchtete. Er machte deutlich, daß gerade zwischen den Häusern der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung nicht nur eine horizontaler, sondern auch ein vertikaler Wettbewerb stattfindet. Daher sei nach J. Gruwez die Allgemein Chirurgie die einzige vernünftige Antwort auf die Frage nach der chirurgischen Versorgung in abgele-



T. Manger

genen Regionen. Langfristig habe ein methodengeprägtes Krankenhaus als starres Angebot ausgedient, doch die Allgemeine Chirurgie sollte die korrekte Aufnahme und Behandlung des chirurgischen Notfalls sichern. So bleibe die Allgemeine Chirurgie unverzichtbare Basis einer adäquaten chirurgischen Therapie und sichere die ganzheitliche Betreuung des chirurgischen Patienten.

Das Thema Weiterbildung Unfallchirurgie/Orthopädie begann V. Ewerbeck (Heidelberg) mit einer deutlich formulierten Aufforderung, nicht – wie von H.J. Buhr angedeutet – in die Konfliktspirale der „Vernichtungsschläge“ zurückzukehren und alte Grabenkämpfe zwischen den Fächern auszutragen, sondern auf die Ebene der Kommunikation zurückzukehren. Ewerbeck ging ferner auf die Übergangsbestimmungen ein, die nach seiner Auffassung großzügig gehandhabt werden sollten. Die Frage, welche Bedeutung die gegenwärtige Berufspraxis des Antragstellers habe, sei mit der Gegenfrage zu beantworten, ob ein Schaden entstehe, wenn die weiterführende Berufsbezeichnung erteilt werde. Es sei doch kaum zu erwarten, dass der Unfallchirurg sich auf den Weg zur Säuglingshüfte mache, ebenso wenig wie der Orthopäde Sehnsucht nach dem Polytrauma habe. Die Zulassung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie solle daher flexibel gehandhabt werden, allerdings die Zusatzweiterbildung spezielle orthopädische Chirurgie oder spezielle Unfallchirurgie sehr rigide. C.T. Germer, der über das Thema „Gibt es künftig noch Rotationen und gemeinsamen Bereitschaftsdienste“ sprach, war in seinem Referat der Auffassung, daß die neuen Anforderungen an die

Weiterbildung eine Rotation zwingend erforderlich machten.

### **Durch die neuen Tarifverträge werden reihenweise Oberärzte zu Fachärzten degradiert**

Der Präsident der Ärztekammer Rheinland-Pfalz, der Chirurg F. Hessenauer, hatte sich das Thema: „Wer darf wo was weiter bilden?“ vorgenommen und hob besonders auf relevante Regelungen der Berufsordnung ab, die ein kollegiales Verhalten, die Einhaltung von Tarifverträgen und eine korrekte Vergütung zur Grundlage machten. So sei eine unabdingbare Voraussetzung zur Zulassung eine ausreichende Zahl typischer Krankheitsbilder, nach Art der Patienten regelmäßig und häufig vorkommend, eine ausreichend Personal- und Sachausstattung sowie fachübergreifendes Arbeiten. Hierbei sei zunehmend ein Weiterbildungsverbund anzustreben, da der Umfang der Befugnis vom Versorgungsauftrag, der Leistungsstatistik und dem personellen und materiellen Ausstattung des Hauses abhängig sei. Hessenauer hob sehr deutlich darauf ab, daß Kammer und Berufsverbände zu wenig miteinander sprechen. Dies sei insbesondere in der Zahlendiskussion festzustellen. Aus seiner Sicht käme es zu einer zunehmenden Wertschätzung des Allgemeinen Chirurgen, der zusätzlich einen zweiten Facharzt besitze. Aus Sicht der Kammern nämlich wird das Verhalten der Krankenhausträger künftig stärker beachtet werden müssen und bei der Vergabe von Facharztweiterbildungsermächtigungen eine Rolle spielen, so der Referent. Der Umgang mit Oberärzten und Fachärzten nach dem neuen Tarifrecht werde von erheblicher Rele-

vanz für die Erteilung von Facharztweiterbildungen sein. Seine Kammer werde es nicht akzeptieren, daß reihenweise via TVMB/VKA Oberärzte zu Fachärzten degradiert würden. Die lebhafteste Diskussion im Anschluss an dieses Referat zeigte, daß gerade die letzten Äußerungen von den Anwesenden kontrovers beurteilt wurden.

Die folgende Sitzung „Einigkeit macht stark, nicht starr – die Suche nach Möglichkeiten der Zusammenarbeit verschiedener Fachverbände in der operativen Medizin“ wurde von E. Eypasch (Köln) eröffnet, der die Geschichte des Konvents und des Zustandekommen des sog. Berliner Programms darstellte, in dem großen Wert auf die bisher fehlende Hör-



E. Eypasch

barkeit ärztlicher Fachgesellschaften in der Politik gelegt wird. Es folgte der Sprecher des Konvents der Universitätschirurgen, H. Becker (Göttingen), der mit der These eröffnete, daß die Qualität von Forschung Lehre letztlich über die Qualität der Krankenhauschirurgen, also auch die Qualität des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen entscheide. Was die Forschung angehe, so sei ihr Stellenwert rückläufig. Die Studienkultur in Deutschland sei niedrig, in der Lehre kämen ausschließlich operative Aspekte zur Sprache. So habe gerade das problemorientierte Lernen dazu geführt, daß der Chirurg am Ende eines Tages lediglich die technischen Aspekte der Operation einer Erkrankung zu unterrichten habe, nicht jedoch mehr auf das gesamte Krankheitsbild eingehen könne. Die jetzt häufig diskutierten Ansprüche anderer Fächer resultierten zum einen aus einer Verschlechterung von Forschung und Lehre und zum anderen aus der Übernahme von Forschung Lehre durch andere Gebiete, zum Beispiel die Anästhesie. Becker forderte entschieden die Rückbesinnung auf die Basis unseres Faches. Dazu gehöre die Basis und Breite des Faches, eine Stärkung der Spezialisierung, gleichzeitig aber auch eine Aufgabe von Ansprüchen. Die Allgemeine Chirurgie müsse dringend erhalten bleiben, denn sie sei Fachgrundlage und somit Überlebensbasis. Sie führe zu einer Stärkung des Berufsbildes. Becker forderte ferner eine starke Position in der Chirurgie in der perioperativen Medizin im modularen Krankenhaus, in Kompetenzzentrum und in Kooperationen. Sie sei dringend erforderlich als gemeinsame Basis für die Zusammenarbeit mit anderen Fächern.

## Kompetenzen bündeln

Mit Spannung wurde erwartet, was der Verband der leitenden Krankenhausärzte zu diesem Thema beizutragen hatte. H. F. Weiser (Rothenburg/Wümme) war, anders als im Programm ausgewiesen, selbst erschienen, um die Stellung des KVL zur Zusammenarbeit mit anderen Verbänden darzulegen. So sei das Gesundheitswesen seit 1972, dem Jahr des Inkrafttretens des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung, spätestens aber der ersten durch Heiner Geißler ausgelösten Spardebatte von einem gnadenlosen Verteilungskampf geprägt. Dies führe zu hochspezifischen Zielstellungen in allen 341 Verbänden und ärztlichen Organisationen. Nach seiner Analyse bleibt unter Benutzung eines Filters für Gemeinsamkeiten für die Chirurgie eine Hand voll ärztlicher Institutionen und Verbände übrig. Er sprach ausdrücklich die Diskussion in den Fachgesellschaften an, die von einigen Meinungsführern neben dem sachgerechten Streben zu permanenter Qualitätsverbesserung leider auch zum Erhalt der eigenen wissenschaftlichen oder klinischen Leistungssicherung mißbraucht werde. Aus Sicht Weisers bedarf es einer Umorientierung, weg von der Schillerschen Maxime, daß der Starke am mächtigsten allein sei, hin zu der Überzeugung, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile. Die künftige Rolle medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften und medicopolitisch ausgerichteter Verbände werde vor allem davon abhängen, ob es gelinge, fachliche, wissenschaftliche und gesundheitspolitische Kompetenz zu bündeln und so die gemeinsamen Anliegen besser vertreten zu können.

Auch der folgende Redner D. Pennig (Köln), der für den VLU die Stellungnahme abgab, hielt es angezeigt, eine „kritische Masse“ zu erzeugen, durch Zusammenarbeit das politische Gewicht erhöhen, die Attraktivität für Berufseinsteiger steigern, die Weiterbildung strukturieren, die Mitarbeitervermittlung vorantreiben und eine gemeinsame Pressearbeit zu leisten. Pennig wies auf die enorme Diskrepanz der Arbeitszeiten, auch im Vergleich zum europäischen Ausland hin, die durch die deutsche Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes entstanden sei. In der Weiterbildung klafften hier massive Lücken, wenn man die European-Working-Time-Directive von 1990 mit dem heutigen Arbeitszeitgesetz vergleiche. Seinerzeit seien 3760 Stunden pro Jahr angenommen worden, das neue Arbeitszeitgesetz verringere diesen Betrag um 40 Prozent, die Zahl der Arbeitstage pro Jahr auf 150 bis 160. Das führe dazu, daß 30 bis 40 Prozent weniger Operationen pro Jahr während der Weiterbildung geleistet würden. Darüber hinaus führe das AZG zu massiven Gehaltseinbußen, die ebenfalls den Brain Drain aus Deutschland förderten. Auch der letzte Redner, der Präsident des Arbeitskreises der leitenden urologischen Krankenhausärzte, D. Frohneberg (Karlsruhe), erklärte prinzipiell seine Zustimmung zu einer Zusammenarbeit auf politischem Gebiet, wenngleich er auch die mangelnde Anerkennung seines Faches beklagte, weil der Urologe für viele ein „Internist mit unangemessener Bewaffnung“ sei. Die Politiker wären oft erst dann in der Lage gute chirurgische oder medizinische Arbeit einzuschätzen, wenn sie selbst krank seien.

**DRG: Vor allem kleinere  
Krankenhäuser laufen  
Gefahr, in die  
Unwirtschaftlichkeit  
abzugleiten**

Im Anschluß gab zunächst W. Bartkowski (Berlin) ein DRG-Update 2007, in dem er zeigte, daß sich die Kalkulationsbasis in den letzten Jahren zunehmend verbreitert hat: Immerhin hätten 263 Krankenhäuser an der Kalkulation teilgenommen, von denen nach Überprüfung 225 Häuser übrig geblieben seien, davon zehn Universitätskliniken. Gegenüber dem Vorjahr seien die Rohdaten um 20 Prozent gestiegen, so daß mittlerweile eine relativ repräsentative Basis für die Kalkulationen entstanden sei. Diese Basisverbreiterung zeige sich dadurch, daß die Bezugsgröße für 2007 von bisher 2836 Euro auf jetzt 2737,50 Euro gesunken sei. Der Casemix-Index steigt dadurch statistisch um rund 3,5 Prozent an, wobei der Trend zur Dekompression zunimmt, das heißt einfache Fälle werden geringer, aufwendige Fälle hingegen höher vergütet. Diese Tatsache stellt insbesondere für kleinere Krankenhäuser eine erhebliche Gefährdung dar, weil sie Gefahr laufen, künftig durch die Zunahme der Dekompression und eine jährlich fallende Baserate in den Bereich der Unwirtschaftlichkeit abzugleiten. Entgegen der Meinung von Bartkowski muß man auch die Bedeutung der Zusatzentgelte kritisch hinterfragen, denn genau diese sind es, die das Gesamtbudget schmälern und so zu einem weiteren Abschlag bei der Bezugsgröße führen. Hier entsteht längerfristig ein Effekt, der den fallenden Punktwerten im Bereich des Kassensystems ähnelt und der insbesondere klei-

nerer Häuser mit einfachen Fällen stark benachteiligt.

Die Arbeitszeiten unter den neuen Tarifverträgen waren Thema von H.R. Zachert (Arnsberg). Er vertrat die Meinung, daß das Arbeitszeitgesetz den Idealismus, der für ganze Chirurgengenerationen prägend war, dem jungen Arzt von heute durch die

Gesundheitspolitik per Gesetz untersage. Die Arbeitszeiten seien nicht auf die neuen Anforderungen der Organisation ausgerichtet und führten in eine Kette von Unzufriedenheit, Perspektivlosigkeit, Motivations-, Kompetenz- und Qualitätsverlust. Da mittlerweile keine einheitlichen Tarifverträge, sondern eine Vielzahl

unterschiedlicher Regelungen existieren, sei eine individuelle klinikspezifische Dienstplanung erforderlich, die von den Ärzten selbst vorgenommen und deren Umsetzung von den Dienstherren einzufordern sei. Eine generelle Empfehlung für ein chirurgisches Arbeitszeitmodell könne derzeit nicht gegeben werden.

### Struktur- und Prozeßqualität versus Mindestmengen

Der zweite Sitzungstag widmete sich zunächst einem heiß diskutierten Thema „Kompetenzzentrum: Bedeutung der Struktur- und Prozeßqualität versus Mindestmengen“:

Die Bedeutung der Struktur- und Prozeßqualität sei ein eher langweiliges Thema, so befand M. Büchler aus Heidelberg, der eine Konkurrenz zwischen traditionellen Strukturkonzepten und der Prozeßorientierung konstatierte. Zertifizierung sei in weiten Strecken ein Etikettenschwindel, Medical Pathways wiesen eine außerordentlich schwache Evidenz auf. Natürlich trügen Struktur- und Prozeßqualität zur Ergebnisqualität bei. Doch habe beispielsweise das Johns Hopkins Hospital 26 Pfade entwickelt, von dem nur sieben erfolgreich gewesen seien, 19 seien vollkommen wirkungslos geblieben. M. Büchler wies in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf den Status quo hin, wonach im internationalen Vergleich die deutschen Kliniken inzwischen überraschend gut dastünden. Sie erweisen sich als überdurchschnittlich effizient und stehen für hohe Versorgungsqualität, zitiert nach „Perspektiven der Krankenhausversorgung in Deutschland“, herausgegeben von McKinsey.

Büchler hielt daher die Einführung eines zentralen Patientenmanagements für wesentlich effektiver für die Einführung von Medical Pathways, denen er nur bei häufigen und einfachen Erkrankungen Erfolg attestierte. Seine Äußerungen stießen indes beim Vorsitzenden Hartwig Bauer auf Widerspruch – der darauf verwies, daß gerade Prozesse mit vielen Schnittstellen eher einer Regulierung durch Medical Pathways bedürften als Prozesse, die keine oder wenige Schnittstellen aufwiesen. Auch die Frage der Zertifizierung

wurde von ihm kritisch gesehen, da M. Büchler nicht ohne Stolz auf das ihm verliehene Zertifikat der Landesregierung Baden-Württemberg für sein zentrales Patientenmanagement in der Chirurgie verwiesen hatte.

Die Problematik der Mindestmengenregelung in der Viszeralchirurgie wurde von K. H. Link (Wiesbaden) anhand einer ausführlichen Literaturanalyse intensiv beleuchtet, wobei im Ergebnis die Rezidivhäufigkeit wesentlicher Qualitätsparameter war. Dies gelte insbesondere in der Rektumchirurgie, aber gerade hier sei wenig Evidenz in der Literatur zu finden. Insgesamt gäbe es wohl Hinweise, daß in einem High-Volume-Hospital weniger Rezidive als in einem Low-Volume-Hospital auftreten. Zu bedenken sei aber weiterhin die unscharfe Definition dieser Grundmengen, die insbesondere auch in der Birkmeyer-Studie nicht stringent zu verfolgen seien und darüber hinaus gäbe es immer wieder gute Ergebnisse auch bei Low-Volume-Hospitals, wenn sie denn erfahrene Chirurgen einsetzen. Die Rolle von Ausbildung und Spezialisierung lässt sich insbesondere in der Rektumchirurgie unmittelbar an Letalität, Lokalrezidivrate und an der Fünf-Jahres-Überlebensrate ablesen, wobei einschränkend bemerkt werden müsse, daß eine multimodale Therapie diese Einflüsse wieder deutlich reduziert. Insgesamt hielt er Team, Spezialisierung, Qualität und Qualitätskontrolle für die notwendigen Schritte zum Erfolg.



H. Bauer

**Thoraxchirurgie: Kliniken mit unter 200 resezierenden Eingriffen sollten Patienten umleiten, so die Forderung**

Die Mindestmengen in der Thoraxchirurgie, die von D. Kaiser (Berlin-Heckeshorn) vorgetragen wurden zeigten einen äußerst hohen Anspruch, der in der folgenden Diskussion auch kontrovers diskutiert wurde. Es gibt sehr deutliche Hinweise aus der Literatur, wonach bei allen größeren thoraxchirurgischen Eingriffen die Letalität zwischen General Surgeon und Spezialisten erheblich voneinander abwichen. Dies konnte der Referent auch an einer Studie von Bruckenberger (2003) belegen, bei der die Krankenhausletalität abhängig von der Operationshäufigkeit in der Thoraxchirurgie bei derselben ICD-10 zwischen 15,4 und 5,4 Prozent schwankte. Kaiser forderte daher eine ausgeprägt hohe Strukturqualität mit entsprechender personeller Besetzung und Ausbildung, eine gute Prozeßqualität mit Komplikationsmanagement rund um die Uhr auch am Wochenende auf höchstem Qualitätslevel sowie die Einführung von Behandlungspfaden. Voraussetzung für gute Qualität in der Lungenkrebschirurgie sei in einem gesamten Spektrum der Resektionen eine ausreichende Zahl der Manschettenresektionen von zehn bis 15 Prozent und einer Pneumonektomie von unter 20 Prozent, wobei auch dieser Referent darauf verwies, daß ein größeres persönliches OP-Volumen ein besseres onkologisches Ergebnis zeitige und ein hohes Hospitalvolumen mit viel Erfahrung in kurzer Zeit und optimalem Komplikationsmanagement eine niedere Letalität sichere. Ein

Kompetenzzentrum könne sich dann Kompetenzzentrum nennen, wenn es über 500 große resezierende Eingriffe durchführe, die von drei bis vier Fachärzten mit Erfahrung in allen Operationen, ausreichender Konsiliartätigkeit und gegebenenfalls auch auswärtigen Operationen durchgeführt würden. Kliniken mit unter 200 resezierenden Eingriffen sollten die Patienten umleiten, Kliniken mit über 300 Eingriffen seien für Flächenstaaten sinnvoll und Kliniken über 500 Eingriffen sollten zu Kompetenzzentren in Großstädten aufgestockt werden.

**Ein Drittel aller Patienten mit Kolonkarzinom erhält in der Nachbehandlung keinerlei Chemotherapie**

Im nun folgenden Vortrag über die Gefäßchirurgie wies H. Imig (Berlin) in Ergänzung der Diskussion darauf hin, daß bei einer Mindestmenge von 30 Aneurysmen rund 80 Prozent aller gefäßchirurgischen Kliniken geschlossen werden müßten. Das wichtigste in der Gefäßchirurgie sei die Interdisziplinarität, bei der man aber bedenken müsse, daß bei jeder interdisziplinären Zusammenarbeit „einer draufgehe“. Sehr zur Freude der Anwesenden bewies er das am Beispiel der Gründung eines Restaurants für Ham and Eggs, bei denen sich Huhn und Schwein auf den Verkauf dieser Spezialitäten verständigten, das Schwein aber am Ende feststellen muß, dass ein Huhn in der Lage ist Eier zu legen, während das Schwein bei der Herstellung von Schinken sein Leben läßt. Auf die Bedeutung der Darmzentren ging M. Betzler (Essen) ein, deren Notwendigkeit er daran fest machte, daß heute noch ein Drit-

tel aller Patienten mit Kolonkarzinom keinerlei Chemotherapie in der Nachbehandlung erhielten. Dies sei ein Zeichen ausgesprochen schlechter Kompetenz und so hielt er eine Mindestzahl von 30 Krebsoperationen am Kolon und von 20 am Rektum für geboten – wobei auch er feststellte, daß bei Festlegung auf 25 Operationen in Nordrhein Westfalen nur noch an 25 Prozent der Krankenhäuser Rektumchirurgie durchgeführt werde.

Temperamentvoll wurde die Diskussion noch einmal in der Sitzung „Perioperative Medizin im Krankenhaus der Zukunft“. Der Vorsitzende H. Bauer wies in seinen einleitenden Worten bereits auf die strittige Situation hin, die dadurch entstanden war, daß der Vorsitzende der deutschen Gesellschaft für Anästhesie in der relativ unbedeutenden Zeitschrift *Der Klinikarzt* die zuvor geschlossene Vereinbarung zwischen den beiden Berufsverbänden quasi aufgekündigt habe und den Anästhesisten zum perioperativen Mediziner der Zukunft weiterentwickeln wolle. Der erste Referent, Ch. van Aken (Münster), versuchte die Diskussion auf ein sachliches Niveau zurückzuführen. Er wies darauf hin, daß der zufällig gewählte Begriff Anästhesie überhaupt nicht das Tätigkeitsfeld des Anästhesisten darstelle, lies aber auch keinen

Zweifel daran, daß der Patient sich seinen Anästhesisten nicht aussuche. Unbestritten sei vielmehr, daß sich in der Regel der Patient das Krankenhaus oder den Chirurgen aussuche. Keinen Streit gebe es auch darüber, daß die Behandlung durch spezialisierte Intensivmediziner eine deutliche Reduktion der Sterblichkeit auf Intensivstationen bewirke. So habe auch das American College of Critical Care Medicine festgelegt, daß die Intensivstation von einem Intensivmediziner geleitet werden solle, der rund um die Uhr zur Verfügung stehen müsse. Die Realität in Deutschland gehe an dieser Forderung deutlich vorbei. Eine Untersuchung der DIVI an 349 Intensivstationen in Deutschland in allen Versorgungsstufen habe ergeben, daß in 25 Prozent während der Dienstzeit kein Facharzt anwesend war, in 80 Prozent nachts kein Facharzt auf Intensivstation, in 44 Prozent nachts kein Assistenzarzt auf der Intensivstation und in 55 Prozent kein Facharzt im Krankenhaus. Letztlich zeige grade neuere Literatur, daß die Zusammenarbeit zwischen Anästhesisten und Chirurgen in der postoperativen Phase auch auf Normalstation die Krankenhausmortalität deutlich senke.

*Luftaufnahme vom Congress Center Hamburg*



**Kontrovers diskutiert:  
Ist die Intensivmedizin  
Bestandteil der  
Anästhesie?**

Waren die anwesenden Zuhörer zu diesem Zeitpunkt noch ruhig geblieben, so brachte der Vortrag von T. Standl (Solingen) aus dem Institut für Anästhesie am Klinikum des Vorsitzenden des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen in der Folge die Versammlung in Wallung. Standl war zuerst auf die Entwicklung des modernen Fachs Anästhesie eingegangen und hatte die vier Säulen seines Faches dargestellt. Zunächst hatte er die perioperative Medizin mit der präoperativen Risikoabschätzung über die Prämedikationsambulanz, sowie die intraoperative Auswahl adäquater Anästhesieverfahren und des entsprechenden Monitorings sowie die postoperative Nachsorge vor allem mit der Akutschmerztherapie dargestellt. In seinen Augen war der Anästhesist so als perioperativer Hausarzt operativer Patienten im Klinikum zu definieren. Standl ging dann auf die weiteren Säulen seines Faches ein, nämlich die Intensivmedizin, die er gleichfalls wesentlich für die Anästhesie einforderte, ebenso wie er eine interdisziplinäre vertrauensvolle arbeitsteilige Versorgung des Schwerverletzten auf höchstem Niveau durch qualifizierte Fachvertreter und letztlich auch die Führung einer interdisziplinären Schmerztherapie in den Vordergrund seines Handelns stellte. Er schloß mit der Feststellung, daß nicht die Konfrontation zwischen den Fachdisziplinen perioperativ von Bedeutung sei, sondern die interdisziplinäre Kooperation. Trotz dieser versöhnlichen Schlußworte gestaltete sich die anschließende



V. Schumpelick

Diskussion sehr lebhaft. Hartwig Bauer wies den Referenten darauf hin, daß aus dem perioperativen Hausarzt rasch eine perioperative Gemeindegemeinschaft werden könne, V. Schumpelick (Aachen) machte deutlich, daß man in jedem Hotel zur Betreuung einen Etagenkellner bestellen könne, der Patient jedoch ausschließlich zum Chirurgen käme. Stangl konterte, auch der Etagenkellner könne den Aufenthalt durchaus verschönern, wenn er denn Champagner brächte.

Die Wogen beruhigten sich erst wieder, als das Programm mit einem Vortrag über integrierte Versorgungsmodelle fortgesetzt wurde. Für das Krankenhaus führt die integrierte Versorgung zu einer fach- und sektorübergreifenden Vernetzung, einer bedarfsgerechten Versorgung, die Integration von Behandlungsabläufen sowie einem verbesserten Informationsaustausch und zur sofortigen Verfügbarkeit relevanter Patientendaten. Die Krankenkasse wird durch die daraus resultierende Effizienzsteigerung mit einer verbesserten Wirtschaftlichkeit belohnt.

Der Patient erfährt über geringere Wartezeiten sowie eine möglicherweise optimale Gesundheitsversorgung ebenfalls eine Qualitätssteigerung. Wird sich also die Krankenhauslandschaft verändern? Sie dürfte sich durch IV-Modelle verändern. Die Gesamtzahl der IV-Verträge wird künftig

geringer, das Finanzvolumen pro IV-Vertrag wird künftig größer. Nichtteilnahme an integrierten Versorgungsverträgen bedeutet Budget- und folglich Umsatzverluste und Teilnahme der Krankenhäuser an IV-Verträgen bedeutet Umsatzsteigerung im stationären und ambulanten Sektor.

**Umfrage: 90 Prozent  
der Patienten wünschen  
komplette Kostendeckung  
durch die  
Krankenversicherung**

Der Tag und die Tagung endeten mit einem Vortrag von V. Schumpelick über „Das modulare Krankenhaus – Realität oder Vision“. Der Referent ging ausführlich auf die demographischen Grundlagen und die sich daraus ändernden Voraussetzungen im Gesundheitswesen ein. Er wandte sich der Wertediskussion zu, wonach Patienten nur noch Kunden im Wettbewerb der Leistungsanbieter seien. Er fragte, ob Krankheit nur noch als Funktionsstörung betrachtet würde, das Krankenhaus als Reparaturwerkstatt und er zeigte auf, wie in die Arzt-Patienten-Beziehung eine Vielzahl von Interventionisten getreten sei, wie Politiker, Juristen, Lobbyisten, Ökonomen, Standesvertreter, Wirtschaftsberater und Investoren. Dem entgegen stellte er eine Patientenumfrage, die 2005 standardisiert in seiner Klinik durchgeführt worden war, wonach 70 Prozent aller Patienten im Arzt den partnerschaftlichen Ratgeber suchten, wobei fachliches Können als Grundvoraussetzung betrachtet werde, außerdem Einfühlbarkeit, persönliche Zuwendung und wissenschaftliche Kompetenz eine Rolle spielten, letztere jedoch deutlich nachgeordnet. Patienten forderten eine Behand-

lungskontinuität und lehnten einen Verantwortungswechsel ab. Bei einer erneuten Umfrage in 2006 wünschten 90 Prozent der Patienten eine komplette Kostendeckung durch die Krankenversicherung. Nur 47 Prozent der Patienten hatten ein Kostenbewußtsein entwickelt. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist also zentraler Punkt der Behandlung und entscheidender Erfolgsfaktor ökonomischer Reformen. Schumpelick stellte im Folgenden die frühere Planung eines modularen Großkrankenhauses der heutigen Realisation gegenüber und machte deutlich, daß das deutsche Gesundheitssystem Effizienz, Wachstum, Unternehmertum, Kostenbewußtsein und Versorgungssicherheit benötige, nicht aber Fließbandarbeit und Milliardengewinne. Wie in der nachfolgenden Diskussion festgestellt wurde, wäre man dann also wieder bei der alten chirurgischen Station und damit am Ausgangspunkt angekommen. Schumpelick endete mit einem Zitat von Hermann Joseph Abs: „Gewinn ist so notwendig wie die Luft zum Atmen, aber es wäre schlimm, wenn wir nur wirtschafteten um Gewinne zu machen, wie es schlimm wäre, wenn wir lebten um zu atmen“.

Wie schon gewohnt endete die Tagung mit einiger Verspätung. Die nächste Konventstagung wird voraussichtlich an anderem Ort, nämlich in der Hamburger Handelskammer stattfinden. Die Veranstalter zeigten sich überzeugt, daß bis dahin wieder zahlreiche strittige Themen auf der Tagesordnung stehen werden – wobei besonders die Probleme kleinerer Krankenhäuser in den Fokus gerückt werden sollen. ◀

Volker Sänger, Eichstätt