

## Universität Leipzig: Zu hart gespart: Klinik-Chefs müssen gehen

*Sachsen im Netz*

LEIPZIG - Palastrevolution im Leipziger Uni-Klinikum: Nach einem überraschenden Aufsichtsratsbeschluss müssen die beiden Klinikchefs Norbert Krüger (medizinischer Vorstand) und Elmar Keller (kaufmännischer Vorstand) noch in diesem Jahr ihre Hüte nehmen.

Mit sechs zu fünf Stimmen beschloss der Aufsichtsrat, dass die im Herbst auslaufenden Verträge der erst im Jahr 2000 berufenen Vorstände nicht verlängert werden. Ein herber Schlag für die Staatsregierung, die Krüger und Keller vorbehaltlos unterstützt hatte. Mit Barbara Ludwig (Wissenschaft), Helma Orosz (Soziales) und Horst Metz (Finanzen) wurden gleich drei Staatsminister im Aufsichtsrat überstimmt.

Der Machtkampf in diesem Gremium gilt als Höhepunkt klinikinterner Grabenkämpfe. Mit seinem knallharten Konsolidierungskurs hatte Elmar Keller die Klinik aus den roten Zahlen geholt, aber auf Grund seines rein betriebswirtschaftlichen Handelns auch große Teile der Ärzteschaft und des Pflegepersonals gegen sich aufgebracht. Unter anderem wurden seit 2001 mehr als 300 Stellen gestrichen und der Bundesangestelltentarif durch ein leistungsabhängiges Vergütungssystem ersetzt. Keller wollte aus dem öffentlich-rechtlichen Klinik-Dino einen modernen Gesundheitskonzern machen, der keine Zuschüsse mehr benötigt.

Bis Oktober müssen nun Nachfolger benannt werden.

---

## Unternehmensberatung McKinsey bringt Vivantes-Ärzten eine neue Sprache bei

*Welt*

Berlin - Die Mediziner der neun landeseigenen Vivantes-Kliniken lernen derzeit eine neue Sprache. Es ist die Sprache der Unternehmensberatungsfirma McKinsey, die der Vivantes-Geschäftsführung für viel Geld an die Seite gestellt wurde, um bei der Sanierung des Unternehmens zu assistieren. McKinsey-Berater machen zum Beispiel eine "Kick-Off-Veranstaltung" bevor sie in einer Klinik mit dem Sparen starten. Sie sprechen auch gern von einer "Sanierungswelle", der "Prozeßaufnahme", von "Klinik-Begehungen" oder von "Implementierungspreisen".



Was sich hinter den Begriffen verbirgt wird nicht immer klar. Das mußten gestern auch etwa 100 Klinikärzte des Schöneberger Auguste Viktoria Krankenhauses (AVK) und des Tempelhofer Wenckebach Krankenhauses feststellen. Sie waren zur Ärzteversammlung ins AVK gekommen. Der Anlaß: das Sanierungsprogramm. Die beiden Kliniken sind die nächsten Kandidaten beim radikalen Sparkurs. Im Reinickendorfer Humboldt-Klinikum wurde bereits gespart. Ein Ergebnis: Nachts kümmern sich nicht mehr Urologen, sondern Chirurgen und Internisten um Urologie-Patienten. Das McKinsey-Stichwort dafür lautet: "Optimierung". Außerdem soll das Humboldt-Klinikum eine Privatstation mit Hotelcharakter bekommen. Für die Blutentnahme sind nicht mehr Ärzte zuständig, sondern "Phlebotonisten". Das ist auch so eine McKinsey-Wortschöpfung. Der Duden verrät: Ein Phlebologe ist ein Arzt mit Spezialkenntnissen auf dem Gebiet der Venenerkrankungen. Im April soll das Sparprogramm von McKinsey im AVK starten. Mit einem Kick-Off-Termin. Was immer das heißt.

---

## Antonius-Hospital Schleiden: Krankenhaus behält seine Abteilungen

*Kölner Stadt-Anzeiger*

Sowohl die Handchirurgie als auch die Schmerztherapie am Schleidener Antonius-Hospital bleiben erhalten. Diese schriftliche Zusicherung von Gesundheitsministerin Birgit Fischer bekam jetzt der SPD-Kreisvorsitzende Uwe Schmitz. Gestern informierte sein Schleidener Parteifreund Winfried Hergarten das Krankenhaus über die erfreuliche Entwicklung.

Im vergangenen Jahr war bekannt geworden, dass die beiden Renommier-Abteilungen des Hospitals aus dem Krankenhaus-Plan gestrichen werden sollten. Das hätte möglicherweise zum Verlust der Abteilungen Schmerztherapie unter Dr. Andreas Jelitto und der Handchirurgie unter Dr. Peter Funke führen können, einschließlich der damit verbundenen Arbeitsplätze und des Budgets.

Nur an großen Kliniken

Krankenhaus-Geschäftsführer Franz-Josef Rehfish hat sich bereits vergangenes Jahr optimistisch gezeigt, dass der Etat längerfristig gesichert werden könnte. Ausgelöst worden war die Diskussion durch eine inhaltliche Änderung der Richtlinien für den Landes-Krankenhausplan. Die bis dahin mögliche Ausweisung „Handchirurgie“ gibt es jetzt nur noch in der Kombination „Plastische Wiederherstellungschirurgie und Handchirurgie“. Diese Abteilung ist eigentlich den ganz großen Krankenhäusern vorbehalten, wie etwa Universitätskliniken. Schmerztherapien sind normalerweise auch nur an größeren Kliniken möglich.

„Überregionales Ansehen“

Uwe Schmitz hat sich direkt an die zuständige Ministerin mit der Bitte um Hilfe gewendet. In der Antwort von Birgit Fischer heißt es: „Die zuständige Fachabteilung meines Ministeriums hat durchaus festgestellt, dass das Krankenhaus in erheblichem Umfang im Rahmen der allgemeinen Chirurgie, plastische-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie sowie im Rahmen der Inneren Medizin Schmerztherapie betreibt.“ Das stütze das von Schmitz ins Feld geführte Argument, dass beide Abteilungen überregionales Ansehen genießen. Dementsprechend würden diese Angebote auch seit Jahren von den Kostenträgern im Budget anerkannt.

Abschließend schreibt die Ministerin: „Aufgrund dieser Tatsache habe ich die Bezirksregierung Köln bitten lassen, in dem zu erteilenden Feststellungsbescheid unter Bemerkungen sowohl einen Hinweis auf plastische-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie als auch auf Schmerzbehandlung - wie bisher - aufzunehmen.“

---

## Barmer Hausarztmodell: Keine Einschreibepremien für Ärzte

*deutscher-apotheker-verlag.de*



Hausärzte bekommen keine Prämie, wenn sie Patienten davon überzeugen, sich in ein Disease-Management-Programm einzuschreiben. Das hat Staatssekretär Heinrich Tiemann vom Bundesgesundheitsministerium vor kurzem im Bundestag auf eine Anfrage des Abgeordneten Andreas Storm (CDU) klargestellt.

Tiemann bezog sich dabei auf den Vertrag zwischen dem Deutschen Apothekerverband, dem Hausärzteverband und der Barmer Ersatzkasse, der Ende Dezember vorgestellt worden war. Bei dem Hausarztmodell dieser Ersatzkasse sei keine Einschreibepremie vorgesehen. Zwar sei es richtig, dass die Ärzte nach dem Vertrag verpflichtet sind, diejenigen Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung von einem Disease-Management-Programm (DMP) profitieren, für die Teilnahme an einem solchen strukturierten Behandlungsprogramm zu gewinnen. Die Mediziner erhalten dafür jedoch keine gesonderte Vergütung, so Tiemann weiter. Der Barmer-Vertrag sehe lediglich eine Pauschale für die Behandlung und Betreuung von Patienten, die an einem DMP teilnehmen, vor.

---

## Gesundheitswirtschaft: Gründerwelle bei Versorgungszentren

*FTD*

Immer mehr Ärzte gründen mit Kollegen medizinische Versorgungszentren. Doch die wenigsten wirtschaften bisher erfolgreich.

Eine Gründerzeitvilla in der Fürther Innenstadt. Alles wirkt gutbürgerlich, von den zwei Topf-Zypressen im Eingang bis zum filigranen schmiedeeisernen Geländer im Treppenhaus. Trotz der überaus gediegenen Anmutung ist das Haus Hort einer kleinen Revolution im Gesundheitswesen: Seit Anfang 2004 betreiben dort zwei Augenärzte als Chefs von neun anderen Medizinerinnen auf 2000 Quadratmetern Fläche ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).

Hinter diesem Begriff steckt ein neues Konzept. Seit der jüngsten Gesundheitsreform können Ärzte wie Unternehmer auftreten: andere Ärzte als Angestellte beschäftigen, Praxen hinzukaufen und sich in Gesellschaftsformen wie GmbHs zusammenschließen. Auch Kliniken, Apotheker und andere Dienstleister können als Gründer auftreten. Rund 70 dieser Zentren gibt es bislang, Tendenz steigend. "Bis zum Jahresende 2005 wird sich diese Zahl wohl um ein Dreifaches erhöhen", sagt Rainer Jeniche vom Bundesverband medizinischer Versorgungszentren in Potsdam. Waren zuerst die Fachärzte aktiv, seien jetzt vor allem die öffentlichen und privaten Krankenhäuser im Gründungsfieber. Nach Angaben der Unternehmensberatung Booz Allen Hamilton planen innerhalb der nächsten drei Jahre bis zu 40 Prozent der Kliniken die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren.

Das Rhön-Klinikum eröffnete vor wenigen Tagen als erstes privates Unternehmen ein MVZ und kündigte an, im kommenden Jahrzehnt solle direkt neben jedem Konzernkrankenhaus ein in Eigenregie betriebenes MVZ stehen. Die privaten Klinik-Konzerne Helios und Sana wollen im Frühjahr erste Zentren eröffnen.

#### Neue Einnahmequelle

Experten rechnen vor, dass Ärzte bei geschicktem Einsatz aller Möglichkeiten ihren Umsatz um bis zu 20 Prozent steigern können. Die Kliniken versprechen sich neue Umsätze. Besonders attraktiv ist das ambulante Operieren an Privatpatienten, mit dem sich neue Einnahmequellen erschließen lassen. Die Patienten profitieren davon, dass ihnen Doppeluntersuchungen und weite Wege von Arzt zu Arzt erspart bleiben.

Ausgereift wirken die meisten der bisherigen MVZ-Modelle jedoch nicht. "Das ist oft alter Wein in neuen Schläuchen", sagt Anwältin Simone Kneer-Weidenhammer von der Unternehmensberatung Trans Clinic Consultants in Saarbrücken. So hätten sich oft Gemeinschaftspraxen einfach nur in Medizinische Versorgungszentren umbenannt, ohne sich neue Wirtschaftlichkeitsmodelle überlegt zu haben.

#### Betreuung rund um den Klinikaufenthalt

Ein solches Modell sei der Einstieg in die integrierte Versorgung, bei der sich Fachärzte verschiedener Disziplinen mit Kliniken koordinieren. Dieses Konzept rechne sich besonders für niedergelassene Ärzte. Sie könnten zusätzliche Honorare aus einem 680-Mio.-Euro-Budget einstreichen, das der Bund jährlich für die integrierte Versorgung bereitstellt. "Rentabel ist alles, was sich um die Behandlung der großen Volkskrankheiten dreht", sagt Kneer-Weidenhammer. Ein gelungenes Beispiel sei ein MVZ an einer Schlaganfall-Klinik, in dem Neurologen und Krankengymnasten die Patienten vor und nach einem Klinikaufenthalt betreuen.

Viele niedergelassene Ärzte treten den Neuerungen indes eher skeptisch gegenüber. Sie befürchten, die Zentren könnten ihnen Patienten abspenstig machen. Im Mai 2004 verabschiedete der Deutsche Ärztetag eine neue Musterberufsordnung, die Mediziner darauf beschränken soll, in Medizinischen Versorgungszentren zu arbeiten, deren Gesellschafter mehrheitlich Ärzte sind. "Diese Regelung wird aber auf keinen Fall umgesetzt werden", sagt Stefan Rau, Rechtsanwalt in der Kanzlei Gibson, Dunn & Crutcher in München. Die Landesärztekammern, deren grünes Licht dazu notwendig sei, verweigerten sich dem Vorstoß mehrheitlich.

Dass sich die medizinischen Versorgungszentren durchsetzen werden, gilt unter Fachleuten als ausgemacht. Die ersten zwei Jahre seien wegen der Anlaufschwierigkeiten eine Durststrecke, sagt Expertin Kneer-Weidenhammer. "Sie rechnen sich mit Sicherheit nicht." Doch langfristig stünden die auf der Gewinnerseite. "Die Zentren werden sich zur einzig gesicherten Existenzform für niedergelassene Ärzte entwickeln."



---

## Der „Halbgott in Weiss“- ein Traumberuf bröckelt

*ngz-online.de*

### Die Krankenhaus-Ärzte in Not

Auch am Kreiskrankenhaus Hackenbroich beginnt sich der Ärztemangel bemerkbar zu machen. Immer weniger junge Leute entscheiden sich für den Arztberuf, gehen dann in die Wirtschaft oder zu den Krankenkassen.

Der „Halbgott in Weiss“- ein Traumberuf bröckelt. Der Arztberuf, früher das Idealbild des Helfens, der Heilkunst, der Menschlichkeit sinkt in der

Ansicht junger Leute. Mit fatalen Folgen. In einigen Kliniken in Ostdeutschland oder im ländlichen Raum Niedersachsens herrscht bereits dramatischer Ärztemangel. Aber auch am Kreiskrankenhaus in Hackenbroich werden erste Folgen sichtbar: „Einzelne Abteilungen haben bereits Schwierigkeiten, Berufs-Nachwuchs zu finden“, berichtet Dr. Hans Heinrich Jens, Ärztlicher Direktor der Dormagener Klinik. Dabei hat Hackenbroich noch Glück: „Als Akademisches Lehrkrankenhaus kommen einige junge Mediziner während ihres praktischen Jahres zu uns. Sie lernen das Haus kennen und kommen dann als Assistenzärzte gerne in die vertraute Umgebung zurück.“ Obwohl die Ärzte, die ihren Facharzt erwerben wollen, an der Klinik arbeiten müssen, schlagen immer weniger diesen Weg ein.

Sie suchen nach einträglichen Alternativen. Und die bieten laut Jens die Pharmakonzerne, der öffentliche Dienst oder die Medizinischen Dienste der Krankenkassen. Jens nennt Vorteile: „Geregelte Arbeitszeiten, freie Wochenenden, höheres Einkommen.“ Im Krankenhaus-Jargon heißt es, der Nachwuchs verschwindet „im Bermudadreieck“. Die Zeiten, in denen sich junge Ärzte bei der Niederlassung in der eigenen Praxis oder der Entscheidung für die Krankenhauskarriere „den Porsche gleich mitbestellten konnten“, sind vorbei. Die Aussichten auf das große Geld gehören angesichts von Budgetierungen und der zum Teil abenteuerlichen Abrechnungspraxis der Krankenkassen der Vergangenheit an. Jens: „Die Assistenzzeit für die jungen Ärzte waren immer hart, aber die Zukunftsaussichten waren blendend.“



Das ist heute anders: 24 Stunden Verfügbarkeit, Verzicht auf Freizeit, Dienste an Wochenenden und Feiertagen immer höhere Forderungen an die Weiterbildung, Fortbildung während des Tarifurlaubs auf eigene Kosten - Nachteile, die angesichts bescheiden gewordener Zukunftschancen kaum aufzuwiegen sind. Hinzu kommt der Verdruss über die im Prinzip arztfremden Tätigkeiten wie Dokumentation, Kodierung, DRG-System, Anfragen von Kassen und Medizinischen Diensten der Kassen. . . Statistiker haben errechnet, das 40 Prozent der täglichen Arbeit vom Papierkrieg regiert wird. Jens: „Dem jungen Assistenzarzt bleiben pro versorgtem Patienten pro Tag etwa elf Minuten.“ Der Frust ist programmiert.

Auf der anderen Seite stehen gestiegene Ansprüche der Patienten: Sie erwarten ständige Bereitschaft, stets freundliche Hilfe, umfassende Kompetenz. Zusätzlichen Druck erzeugen die stets verfeinerten Qualitätskontrollen. Hinzu kommt ein gewaltiger gesellschaftlicher Anspruch auf die jungen Mediziner zu, zum Beispiel ein mittlerweile völlig unberechtigter Neid auf die ärztlichen Einkommen, dem ein vergleichsweise geringes Einkommen entgegensteht, das zudem auch durch Überstunden und Nachtdienste nicht erhöht werden kann - es gibt dafür zunehmend Freizeit- ausgleich statt Geld.

Schließlich setzt die Politik unzuverlässige Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft, schürt Unruhe und Zukunftsangst. Früher schaffte der Chefarzt den Assistenten gegenüber einen gewissen finanziellen Ausgleich. Doch auch diese Zeiten sind vorbei - die Krankenkassen halten den Deckel auf den Chefarzteinkommen. Jens, Chefarzt der orthopädischen Klinik am Kreiskrankenhaus: „Früher blieben dem Chefarzt von einem Rechnungsbetrag von 100 Euro 80 Euro, heute sind es vor Steuern und Zahlungen an die Mitarbeiter noch 20 Euro. Der Rest dient der Querfinanzierung an die gesetzlichen Krankenkassen und der Unterhaltung des Krankenhauses.“ Der Ärztliche Direktor schildert seine Situation: „Wenn der Chefarzt nachts in das Krankenhaus fährt, um bei einem älteren Menschen eine Hüftkopfprothese bei einem Schenkelbruch einzusetzen, so bekommt er im einfachen Satz der Gebührenordnung 161,46 Euro.

Davon verbleiben ihm nach Abzug aller Abgaben 32 Euro.“ Das gilt aber nur für Privatpatienten. Jens: „Bei einem Kassenpatienten zahlt der Chefarzt etwa die gleiche Summe an die gesetzliche Kasse.“ Gehaltserhöhung für die Ärzte wäre ein Weg, beim Nachwuchs Interesse zu wecken. Doch der scheitert an der Budgetierung der Krankenhauskosten. Die Kehrseite auch nur einer minimalen Erhöhung der Personalkosten wären Entlassungen. Ein Teufelskreis. Jens zieht ein Fazit: „Ich persönlich habe erhebliche Sorgen um die Qualität der stationären Versorgung der Bevölkerung in absehbarer Zeit.“ Einsicht bei der Politik sei nicht zu erwarten. „Ich fürchte, dass die Kombination aus harter Arbeit bei hohen Qualitätsansprüchen und schlechter Bezahlung bei den jungen Ärzten zur Katastrophe führen wird.“ Bittere Aussichten.

#### INFO Kreiskrankenhaus

Das Kreisrankenhaus Hackenbroich hat 346 Betten in den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Frauenklinik, Intensivstation und acht HNO-Belegbetten. Beschäftigt sind dort 740 Mitarbeiter. Behandelt werden dort rund 12 000 Kranke stationär und etwa 24 000 ambulant. Gegründet wurde die Klinik vor 25 Jahren.

---

## Helios Kliniken Leipziger Land GmbH: "Wir wollen schmerzarmes Krankenhaus werden"

### Leipziger Volkszeitung

Borna. Die Helios Kliniken Leipziger Land GmbH, die 2004 einen Umsatz von 44 Millionen Euro verbuchte, ist mit über 600 Beschäftigten einer der größten Arbeitgeber der Region. Seit der in Fulda sitzende Helioskonzern die Häuser in Borna und Zwenkau 1998 übernahm, wurde die

Führungsmannschaft komplett ausgewechselt.

Alle elf Fachabteilungen haben mittlerweile einen neuen Chefarzt. "Wir konnten auf leistungsfähige Strukturen zurückgreifen, aufgrund der medizinischen Entwicklung war dennoch hoher Handlungsbedarf", erklärt Geschäftsführer Dr. Roland Bantle "ein Generationsproblem". Denn die neuen Chef- und Oberärzte brachten auch ein erweitertes und hochwertiges medizinisches Angebot mit nach Borna. Jüngstes Beispiel ist die so genannte Hifu-Behandlung, bei der Prostatakrebs mit Ultraschall bekämpft wird.

Die Klinik die im Jahr 2000 die letzten 26 Prozent Gesellschafteranteile des Kreises Leipziger Land erwarb, setzt schon geraume Zeit auf die Knopflochchirurgie. Bereits sechs von zehn Operationen werden in Borna minimalinvasiv, also besonders schonend vorgenommen. Das sei ein hoher Prozentsatz, sagt der Ärztliche Direktor Dr. Walter Knarse. "Wir wollen zu einem schmerzarmen Krankenhaus in Deutschland werden", gibt er die Marschroute vor. In diesem Jahr soll das "in allen Abteilungen forciert" werden.

Zwar kennt das Bornaer Krankenhaus seine Grenzen -in der Schädel- oder Herzchirurgie will es gar nicht erst Fuß fassen und verweist auf die Kompetenz anderer Häuser. Aber es ist laut Bantle eine "leistungsfähige Klinik, die fast alle Anforderungen vor Ort erfüllen kann" und spezialisierte Leistungen anbietet. Medizinisch, personell und baulich habe sich das Bornaer Krankenhaus der Regelversorgung in den letzten fünf Jahren kontinuierlich entwickelt.

Das beweisen auch Zahlen. 2000 wurden 6000 operative Eingriffe registriert, im vorigen Jahr schon 9000. Wurden in der Klinik vor fünf Jahren noch 17.500 Patienten auf den Stationen behandelt, zählte die Klinik 2004 fast 19.200, verdeutlicht Knarse. Ein entscheidendes Qualitätsmerkmal ist die Verweildauer der Patienten. Sie sank seit 1999 um zwei auf 7,4 Tage - vor allem ein Ergebnis der Knopflochchirurgie. Bantle: "Wir müssen uns mit unserer medizinischen Leistung im Wettbewerb behaupten."

Darauf zielt auch eine 2004 gegründete Schwester, die Helios Privatkliniken GmbH. "Wir wollen uns stärker den Privatpatienten zuwenden, weil die Nachfrage wächst", erklärt der Geschäftsführer. Im vorigen Jahr lagen 206 Patienten durchschnittlich 4,9 Tage in der Privatklinik.

---

## Hamburg: Tropeninstitut vor ungewisser Zukunft

*Welt*

Gesundheitsbehörde untersucht Wirtschaftlichkeit der klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Instituts

Die Zukunft der klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin (BNI) ist ungewisser denn je. Eine Consulting-Firma ist im Auftrag der Gesundheitsbehörde derzeit im Haus und untersucht die Wirtschaftlichkeit der 62 Betten umfassenden Abteilung. Beobachter fürchten sogar die Schließung der renommierten Abteilung in absehbarer Zeit. Schon im vergangenen Spätsommer hatten Übernahmegerüchte für Unruhe in dem weltweit anerkannten Institut geführt. Offenbar gibt es finanzielle Probleme wegen des Rückgangs der Bettenbelegung. Dennoch bietet das Institut nach wie vor seinen teuren, weil personalintensiven 24 Stunden umfassenden Beratungs- und Behandlungsdienst an, der bundesweit genutzt wird.



Auch die durch die Gesundheitsreform veränderten Abrechnungsmodalitäten verstärken den wirtschaftlichen Druck. So wurden früher beispielsweise die Behandlungstage pro Tag bezahlt, neuerdings aber als Fallpauschalen abgerechnet. Dahinter verbirgt sich ein hoch kompliziertes Regelwerk, das die Bedingungen einer Spezialklinik wie des Tropeninstitutes nicht ausreichend berücksichtigt. Das Problem: Künftig wird es schwieriger, die Notwendigkeit für eine Einweisung dorthin zu erbringen. Weiterer Patientenrückgang ist programmiert.

Dabei ist der Bedarf an Spezialisten größer denn je. Zu Zeiten der weltweiten ... weiter

---

## Herminghaus-Stift Wülfrath: "Wir haben die Defizite erkannt"

*Westdeutsche Zeitung*

Nach der Kritik von WZ-Lesern geht die Krankenhaus-Führung in die Offensive. Die Mängel werden eingeräumt und sollen zeitnah abgestellt werden.

Wülfrath. "Mängel zeitnah abstellen, Beschwerden unmittelbar angehen, Zufriedenheit der Patienten ins Zentrum rücken." Kurz und knapp skizziert Frank Litterst, Geschäftsführer des Herminghaus-Stifts, was zu tun ist, damit negative Berichte gar nicht erst nötig werden. In einer Pressekonferenz, "die wir uns gerne erspart hätten", reagiert die Krankenhaus-Leitung auf die Vorwürfe, die WZ-Leser vor allen Dingen an die Zustände auf der Station 4 gemacht hatten.

Auch im Krankenhaus sind Briefe und Anrufe eingegangen. "Patienten und Angehörige äußern Probleme in der Betreuung und in der Kommunikation." Litterst unterstreicht aber auch, dass es neben der Unzufriedenheit in konkreten Fällen auch eine große Wertschätzung des Hauses und seiner Mitarbeiter gebe. "Uns muss es gelingen, dass diesen guten Service alle erfahren und auch so empfinden", sagt Litterst.

Er betont aber auch, dass man erkannt habe, dass eben Leistungen nicht zur Zufriedenheit erbracht worden sind und dass Fragen von Patienten oder Angehörigen aus deren Sicht nicht immer geklärt wurden. Alle Vorwürfe und Kritiken würden einzeln geprüft. In einigen Fällen seien schon Stellungnahmen erfolgt. Alles soll aufgeklärt werden. Dazu würden viele Mitarbeitergespräche geführt. Auf jeden Fall seien aber bereits erste Maßnahmen beschlossen worden. Die Mitarbeiter würden noch einmal besonders geschult.

"Wir geben Standards vor und werden diese kontrollieren." Betroffen seien Service und der Umgang mit Patienten und den Angehörigen. "Da gibt es Defizite", räumt Litterst ein. Offenbar seien in einigen Fällen die "Antennen nicht sensibel genug gewesen".

Insgesamt zieht Litterst nach den Mitarbeitergesprächen eine zuversichtliche Bilanz. Die medizinisch-pflegerische Behandlung der Patienten sei adäquat, die Betreuung in der Regel sachgerecht, "die Ansprache in den angeführten Fällen nicht angemessen". Personelle Konsequenzen schloss Litterst jetzt aber aus.

Die Patientenzufriedenheit, so Litterst, stehe im Mittelpunkt aller Anstrengungen am Herminghaus-Stift. "Missempfindungen haben immer Ursachen. Wir wollen und müssen diesen auf den Grund gehen, damit niemand mit einem Grimmen im Bauch das Haus verlässt."

---

## Datensatzbeschreibung und Ausfüllhinweise zum strukturierten Qualitätsbericht (Version 1.1)

AOK

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen gemeinsame eine Datensatzbeschreibung sowie konkretisierende Ausfüllhinweise zur Umsetzung des gesetzlichen Qualitätsberichts in 2005. Die Datensatzbeschreibung steht nun in der Version 1.1 zur Verfügung. Sie wird die Grundlage der EDV-Umsetzung des Qualitätsberichts nach § 137 SGB V in 2005 sein.

Datensatzbeschreibung

zur Umsetzung des Strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Jahr 2005. Version 1.1 vom 31.01.2005. Die Anpassung gegenüber der Version 1.0 berücksichtigt Hinweise von Nutzern und bietet mehr Gestaltungsmöglichkeiten im Systemteil sowie umfassende Umsetzungshilfen in den Erläuterungen.

Download: [hier](#)

---

## Klinikärzte müssen noch immer zu viel arbeiten - worunter der Patient leidet

[marktplatz-oberbayern.de](http://marktplatz-oberbayern.de)

Ohne Schlaf ans Skalpell

Acht Stunden im OP, hochkonzentriert. In der Nacht Bereitschaftsdienst. Der Alarm piepst alle zwei Stunden. Kein Schlaf. Und am Morgen im OP der nächste Patient: millimetergenaue Stiche, lebensentscheidende Schnitte.



Überforderte Ärzte können für Patienten lebensgefährlich sein. Dennoch war ein Marathondienst von mehr als 30 Stunden am Stück vor wenigen Jahren auch in Münchner Kliniken Alltag. 2004 sollte das neue Arbeitsgesetz, nach dem der Bereitschaftsdienst voll als Arbeitszeit zählt, alles ändern. Doch gut ein Jahr nach Einführung klagen Ärztevertreter weiter über "unzumutbare Arbeitszeiten".

"Man fühlt sich wie unter Alkohol"

"Nach 24 Stunden Arbeit fühlt man sich wie unter Alkohol", sagt eine Ärztin einer Münchner Klinik. Dass Kunstfehler dann zunehmen, scheint ihr zwangsläufig. "Natürlich hat man auch die Reaktion eines Betrunkenen."

Trotz der Gefahr für die Patienten gab es für Ärzte lange keine gesetzliche Beschränkung der Arbeitszeit. Das Arbeitszeitgesetz änderte das erstmals 1994 (siehe Kasten). Elf Stunden sollten zwischen zwei Arbeitstagen von maximal zehn Stunden liegen. Der Bereitschaftsdienst, den die Ärzte im Gegensatz zum Rufdienst in der Klinik verbringen, zählte allerdings zur Ruhezeit. Auch wenn der Arzt von Notfall zu Notfall hetzte, keine Minute Schlaf fand.

Seit 1. Januar 2004 ist das anders, zumindest im Gesetz. Bereitschaftsdienst gilt als Arbeitszeit. Ein Arbeitstag, an den sich 16 Stunden Bereitschaft anschließen, wäre demnach unmöglich.

Dennoch ist er an Münchner Krankenhäusern noch die Regel. "Schon das alte Arbeitsgesetz wurde ignoriert. Beim neuen sind wir Lichtjahre entfernt, es umzusetzen", sagt Christoph Emminger, Vorsitzender des Landesverbandes der Ärztegewerkschaft Marburger Bund. Übergangsregelungen und Schlupflöcher im Gesetzestext machten dies möglich. "Auch wenn es nicht mehr so schlimm ist wie früher", sagt Emminger. Um den Betrieb aufrecht zu erhalten, würden Ärzte Überstunden oft nicht aufgeschrieben. Nach Emmingers Erfahrungen als Arzt am Schwabinger Krankenhaus sind 60 Arbeitsstunden pro Woche noch immer der Schnitt. Das Ergebnis: "Die Unzufriedenheit gerade unter jungen Ärzten ist erschreckend." Viele gingen ins Ausland, wo bessere Arbeitsbedingungen warteten.

Indessen macht es die deutsche Gesundheitspolitik den Krankenhäusern nicht leicht, die neuen Regelungen umzusetzen. "Das Gesetz geht an der Realität vorbei", sagt Klaus Peter, ärztlicher Direktor des Klinikums Großhadern. Um auf Schichtdienst umzustellen, müssten deutsche Krankenhäuser rund 15 000 bis 20 000 neue Ärzte einstellen. In Zeiten, wo Fallpauschalen die Kliniken zusätzlich in Finanznöte bringen, eine schier unlösbare Aufgabe. "Es fehlen aber auch die Spezialisten", sagt Peter. HNO-Ärzte, die in ihrer Bereitschaftszeit Katheder legen - das wäre laut dem Klinikdirektor die Konsequenz.

Hinzu kommt ein anderes Finanzproblem. Die Ärzte vermissen das Geld ihrer früher gut bezahlten Überstunden. "Man nimmt ihnen den Speck, mit dem man sie geködert hat", sagt Emminger. Denn im Vergleich zur Anstrengung und Verantwortung sei das Grundgehalt eines Arztes niedrig.

Doch nicht nur das Geld, auch "hierarchische Strukturen" stehen laut Emminger Reformen im Weg. "Als guter Arzt gilt nur, wer viele Überstunden macht." Wer vorankommen wolle, könne sich nicht an die beschränkten Arbeitszeiten halten. "Ohne die viele Zeit und Erfahrung würde es unsere hochkarätigen Spezialisten gar nicht geben", kontert Peter.

Der Klinikdirektor hofft, dass die EU durch eine neue Richtlinie bald eine "vernünftige Regelung" schafft. "Dann haben wir die alten Verhältnisse mit 30 Arbeitsstunden", sagt

---

## Programm zur Erfassung der Basisdaten für die intensivmedizinische Komplexbehandlung

Thomas Zankl

Programm zur Erfassung der Basisdaten für die intensivmedizinische Komplexbehandlung könnte für die eine oder andere Einrichtung ggf. wertvolle Unterstützung bieten. Liegt als Testversion unter <http://www.software.za-ass.de> zum Download bereit; kann kostenlos zur Vollversion lizenziert werden.



IAS DataLog ermöglicht die komfortable und wenig zeitaufwändige Einzelparameter-Eingabe für die seit 01/2005 eingeführte OPS-Prozedur 8-980.X (Intensivmedizinischen Komplexbehandlung).

Die fallbezogene Archivierung aller erhobenen Einzelparameter sowie der sich ergebenden SAPS II- und CORE-10-TISS-Tagessummen mit den einzelnen Aufwandscore-Tagessummen, des abschließend resultierenden Gesamt-Aufwandscores mit der entsprechenden OPS-Codierung wird



über eine Datenbank realisiert; multistationsfähig.

...zugegeben: der Einführungszeitpunkt für die Basisprozedur 8-980.X am 01.01.2005 ist vorbei - aber von möglicherweise guten Programmen kann man auch noch 'unter der Zeit' profitieren...

Link: [hier](#)

---

## Ulla Schmidt: Hausarzt-Modell schneller umsetzen

*Nettdoktor*

Berlin (dpa) - Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) geht die Einführung der mit der Gesundheitsreform 2003 beschlossenen Hausarztmodelle nicht schnell genug. «Es gibt noch immer viel zu wenige dieser Modelle. Im Gesetz steht, dass jede Krankenkasse eine Hausarztzentrierte Versorgung anbieten muss», sagte Schmidt der «Berliner Zeitung» (Montag). Das Hausarztmodell zielt darauf, dass Patienten immer erst zum Hausarzt gehen und nicht sofort einen Facharzt aufsuchen. Ausgenommen sind Frauen- und Augenärzte. Krankenkassen, die ein solches Modell anbieten, verlangen dann die Praxisgebühr nur beim ersten Arztbesuch im Jahr. Dies bedeutet für den Patienten eine Ersparnis von maximal 30 Euro pro Jahr. Bislang hätten nur die Barmer Ersatzkasse ein bundesweites und die AOK Sachsen-Anhalt ein landesweites Hausarztmodell auf den Weg gebracht, bedauerte Schmidt. Zudem gebe es «erste einzelne» Hausarztverträge in den Regionen. Das Hausarztmodell der Barmer stößt bereits vor Start auf großes Interesse. «Bereits jetzt haben sich einige Tausend gemeldet, obwohl die Listen offiziell erst von März an ausliegen», sagte Klaus Richter vom Vorstand in Düsseldorf. Es werde damit gerechnet, dass mindestens 1,4 Millionen der 5,4 Millionen Barmer-Mitglieder von Anfang an dabei sein werden. Seit Januar haben sich bundesweit mehr als die Hälfte aller Apotheken und etwa jeder vierte Hausarzt der Kooperation angeschlossen. Der Apothekerverband rechnet damit, dass bis zum Start am 1. März fast alle 22 000 Apotheken teilnehmen werden.

---