

Quo vadis, Vivantes?



Dr. med. Nicolas Schönfeld (Zentralklinik Emil von Behring)
und **Daniel Sagebiel MPH** (Deutsches Zentralkomitee zur
Bekämpfung der Tuberkulose)

Ganz anders noch als im Sommer 2001, als der Konzern mit einem etwas hemdsärmelig erscheinenden „Rahmenkonzept“ die Kritiker gegen seine Konzentrationspläne aufbrachte, scheint der Vivantes GmbH mit ihrem professionelleren „Strategiekonzept“ ein Befreiungsschlag gelungen zu sein. Mit unerbittlicher Konsequenz steuert die Geschäftsleitung das Unternehmen ins DRG-Zeitalter: Unter dem Schutzmantel eines Neid erweckenden Globalbudgets bis 2006 soll die Verweildauer in den somatischen Fächern auf nur 5,1 Tage gesenkt werden und dadurch bei konstanter Fallzahl das Bettenangebot um fast ein Drittel reduziert werden. Mit dieser Vorgabe wollen die Manager den für 2007 geschätzten bundesweiten Basisfallpreis sogar noch unterbieten – was ihnen eine kaum einzuholende Marktposition gegenüber allen anderen Berliner Mitbewerbern verschaffen dürfte.

Aber wohin mit der unausweichlichen Steigerung der Fallzahl bei einer solchen Absenkung? Hier hat Vivantes bereits jetzt die Zukunft eingeläutet, indem auf breitester Basis ambulante, prä-, post- und teilstationäre sowie rehabilitative Leistungen angeboten werden sollen, um trotz des Deckels im stationären Bereich keinen Fall zu verlieren. Nach ge-

duldigem Ausharren wird die Zahl der stationären Behandlungsfälle ab 2007 wieder kräftig anziehen. Die dafür benötigte Bettenzahl – darf's vielleicht doch ein bisschen mehr sein? – interessiert im DRG-Zeitalter sowieso niemanden mehr so recht. Die absehbar immense Leistungsverdichtung bei gleichzeitigem Personalabbau macht hingegen Angst (siehe Beitrag S. 12 ff). Wie sollen unter diesen Voraussetzungen die derzeit getesteten neuen Arbeitszeitmodelle für das gesamte Unternehmen verwirklicht werden?

Kommen wir zu den guten Nachrichten: Das Unternehmen bekennt sich inzwischen zu allen Klinikstandorten und setzt auf die Dualität von dezentraler Grundversorgung und konzentrierter Spezialversorgung. Das Klinikum Hellersdorf soll aus eigenen Mitteln einen Neubau in Kaulsdorf erhalten, wo sich der Senat verstohlen aus der Investitionsförderung für eine der wirklich dringenden Erneuerungsmaßnahmen im Ostteil zurückgezogen hat. Frühere Planungsfehler werden korrigiert, wie zum Beispiel die Verpflanzung einer Dermatologie ins kleine Krankenhaus Prenzlauer Berg, die nun an ein Schwerpunkt-klinikum zurückkehrt.

Und auf politischem Feld: Würde auch noch das existierende Zahlenwerk veröffentlicht, hätte Vivantes für sich selbst genau die Hausaufgaben erledigt, die die Koalition eigentlich der Senatsgesundheitsverwaltung aufgegeben hatte: einen noch für 2002 angekündigten neuen Krankenhausplan. Die Abschrift fremder Zahlen darf die Behörde, deren neue Leitung Moderation höher zu

bewerten scheint als Planungstiefe, nun zeitlich versetzt im Frühjahr präsentieren. Befürchtungen über Fehlentwicklungen trägt man daher wohl besser an die engagierten Gesundheitspolitikerinnen im Parlament heran.

Lernen von Vivantes? Ihr Mitbewerber, zieht Euch warm an! Fehlender Mut zur Umstrukturierung und zur Erschließung innovativer Versorgungsangebote, ein nur trotziges „Weiter wie bisher“ im vollstationären Bereich wird allen Zauderern auf die Füße fallen. Also: Nutzt die Flexibilität der kleineren Einheiten und bewahrt Eure stillen Kapazitätsreserven! Schließt Euch trägerübergreifend zusammen, nicht nur als Gegengewicht zum neuen Vivantes-Versorger ChronoMedic, sondern auch in fachlichen Gremien, damit bei den kleineren Grundversorgern die Pneumonie und die Herzinsuffizienz nicht länger liegen muss als bei den DRG-Profis. Lernen von Vivantes! Die Zeit dafür wird bereits knapp.

Nicolas Schönfeld
Daniel Sagebiel

TITELTHEMA

Mit Nadelstreifen und Skalpell

Die ehemaligen städtischen Kliniken sind, seit sie zur Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH zusammengeschlossen wurden, in eine Art „Ökonomisierungs- und Modernisierungszentrifuge“ geraten. Das wird bald in allen deutschen Krankenhäusern Realität sein. Was heißt das für Ärzte? Wir haben nachgefragt.

Von Sybille Golkowski12

„Der Schwamm ist jetzt trocken“

Der Konsolidierungsprozess bei Vivantes fordert maximale Effizienzsteigerung und setzt Ärzte und andere Mitarbeiter unter hohen Veränderungsdruck. Wo liegen hier die Grenzen? Sybille Golkowski sprach darüber

mit Vivantes-Geschäftsführer Wolfgang Schäfer18



EDITORIAL.....

Quo vadis, Vivantes?

Von Nicolas Schönfeld und Daniel Sagebiel3

BERLINER ÄRZTE aktuell6

Mitteilungen des Robert Koch-Instituts11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

In kleinen Geburtskliniken sterben mehr Kinder

Eine aufrüttelnde Studie aus Hessen

wurde jetzt in Berlin vorgestellt. Sollte man eine ähnliche Untersuchung auch an der Spree durchführen?

Von Rosemarie Stein21

Der neue Vorstand der Ärztekammer Berlin22

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen25

FORTBILDUNG.....

Basiskurs Palliativmedizin

Das Palliativzentrum Berlin/Branden-

burg bietet in diesem Jahr zum ersten Mal einen Grundlagenkurs an.

Von Christof Müller-Busch27

FEUILLETON.....

Ein Tusch dem Wunderdoktor

Liebesexiere waren auch Jahrhunderte vor Erfindung der Viagra und der käuflichen Pheromone schon hoch im Kurs. Die Staatsoper Unter den Linden zeigt gerade Donizettis „L'elisir d'amore“. Da bietet ein umherziehender Wunderdoktor ein ebensolches an.

Von Rosemarie Stein28

Impressum34

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Franziskus-Krankenhaus Seit Mitte November ist Prof. Dr. J. André Schmidt-Lucke neuer Chef der Inneren Abteilung. Der Angiologe, Phlebologe, Kardiologe und internistische Intensivmediziner war zuvor in Leipzig tätig. Als neuen Oberarzt holte er Dr. Jan Unckell vom St. Joseph-Krankenhaus.

Vivantes Klinikum im Friedrichshain Dr. Pawis Agha-Mir-Salim ist neuer Chefarzt der Klinik für HNO, Kopf- und Halschirurgie am Klinikum im Friedrichshain. Er löst in dieser Position PD Dr. med. Horst-Dietrich Otto ab, der Ende vergangenen Jahres in den Ruhestand ging.

Klinikum Am Urban Neuer Chef der Klinik für Neurologie ist der bisherige Leitende Oberarzt Dr. Andreas Finck. Finck hatte die Abteilung seit dem Wechsel von Prof. Roland Schiffter ans AVK bereits mehrere Jahre lang kommissarisch geleitet.

DRK-Kliniken Westend/Charité Anfang des Jahres wurde am Spandauer Damm 130 eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie neu eröffnet. Sie steht unter der Leitung von Prof. Dr. Klaus-Jürgen Neumärker. Die neue Klinik arbeitet unter wesentlicher Beteiligung des Teams der bisherigen Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Charité, Campus Mitte. Langfristig ist gemäß Krankenhausplan von 1999 vorgesehen, das Fach an der Charité nur noch am Standort Virchow vorzuhalten.

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-124/ -125, Fax: -164.

E-Mail: presse@aerztekammer-berlin.de.

Symposium

Rechtsprobleme des Arztes im Krankenhaus

....sind das Thema des 27. Symposiums für Juristen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung. Es findet am Freitag/Samstag, dem 21./22. Februar 2002 statt. Unter anderem geht es diesmal um „Probleme im ärztlichen Dienst“. Dahinter stehen die Themen „Arbeitszeitregelung - Organisation, Haftung und Finanzierung“, „Vergütung des Arztes im Krankenhaus“ und „Arbeitsrechtliche Fragen im Krankenhaus“, insbesondere bei Struktur- und Trägerwechsel (Freitag Vormittag).

Weitere Themen sind „Rechtliche Konfliktsituationen“ (Zi-

vilklage/Strafrechtliche Ermittlungsverfahren/Kollision mit dem ärztlichen Berufsrecht), „Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung“, „Organisationsverschulden“ und „Qualitätssicherung versus Reglementierung“.

Programm, Informationen und Anmeldung bei der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Tel. 308 889 20.

Die Tagungsgebühr beträgt 80 € (100 € bei Anmeldung nach dem 20.1.03). Ort der Veranstaltung ist das Auditorium der Firma Schering, Müllerstr. 170-178, Berlin/Wedding.

Fortbildungskatalog

Auslandseinsätze

Für Ärzte, die sich für Auslandseinsätze in der Humanitären Hilfe und Katastrophenmedizin fit machen möchten, bietet der Kurskatalog „medicine & health 2002/2003“ viele Informationen. Die österreichische Organisation „Going International“ hat darin 2500 Fortbildungskurse, postgraduale Studien

und Veranstaltungen zusammengetragen. Das Werk enthält auch 500 Adressen und websites internationaler Organisationen, die Auslandseinsätze durchführen. Zum Preis von 27 € (inkl. Versandgebühr) kann der Katalog bestellt werden bei GOING INTERNATIONAL, Fasanengasse 28/27, A-1030 Wien, Österreich, E-Mail: office@goinginternational.org

Berlin

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag

Ein außerordentlicher deutscher Ärztetag wird am Dienstag, 18. Februar 2003, in Berlin stattfinden. Anlass sind die Planungen zur kommenden Gesundheitsreform, die gravierende Einschnitte im Gefüge des Arzt-Patienten-Verhältnisses zum Ziel haben. Zu befürchten sind dirigistische Eingriffe wie eine breite Normierung von Behandlungen, ein Fortbildungs-TÜV und die Zerstörung von Selbstverwaltungsstrukturen. Die deutsche Ärzteschaft will sich hierzu eindeutig positionieren. Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag findet im Axica-Kongress- und Tagungszentrum am Pariser Platz 3 von 10 bis ca. 16 Uhr statt.

Fachkunden und Kenntnisse im Strahlenschutz ab sofort befristet !

Noch einmal möchten wir Berlins Ärztinnen und Ärzte daran erinnern, dass Fachkunden im Strahlenschutz jetzt nur noch befristet gelten und künftig alle fünf Jahre erneuert werden müssen. Grund dafür ist die neue Röntgenverordnung vom Juli 2002. Auch Arzthelferinnen und medizinisches Assistenzpersonal, das in der Vergangenheit die „Kenntnisse im Strahlenschutz“ erworben hat, ist davon betroffen. Je nachdem, wie alt die bestehende Fachkunde oder die Nachweise der Kenntnisse im Strahlenschutz sind, gelten für die Aktualisierung unterschiedliche Stichtage:

Nach der Röntgenverordnung:		Nach der Strahlenschutzverordnung	
Erwerb der Fachkunde oder der Kenntnisse	Aktualisierung bis	Erwerb der Fachkunde oder der Kenntnisse	Aktualisierung bis
vor 1973	1.7.2004	vor 1976	1.8.2003
1973-1987	1.7.2005	1976-1989	1.8.2004
nach 1987	1.7.2007	nach 1989	1.8.2006

Wichtig: Die zuständige Behörde kann die Fachkunde vollständig entziehen oder die Fortgeltung mit Auflagen belegen, wenn die Aktualisierungskurse nicht oder nicht pünktlich absolviert werden. Falls es zu Strafmandaten kommt, wird es teuer.

Wer bietet Aktualisierungskurse?

Kurse für Ärzte zum Erhalt der Fachkunden im Strahlenschutz bietet zum Beispiel die:

*Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz in der Ärztekammer Berlin, Spandauer Damm 130, Haus 5, 14050 Berlin
Tel. 030 / 757 953 - 11, -12, -13, Fax 030 / 757 953 99*

In der Akademie finden demnächst folgende Kurse statt:

Kombinierter Kurs nach Röntgen- und Strahlenschutzverordnung (12 statt 16 Stunden) für Ärzte, die nach beiden Verordnungen fachkundig sein müssen, z.B. Strahlentherapeuten und ermächtigte Ärzte für die arbeitsmedizinische Vorsorge bei beruflich Strahlenexponierten (28./29. März 2003/195 €).

Kurs nach Röntgenverordnung (8 Stunden) für Ärzte, die ihre Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik aufrechterhalten müssen (24. Mai 2003/130 €).

Bei Bedarf bietet die Akademie noch weitere Aktualisierungskurse an. Ein weiterer Kursanbieter ist die:

*Landesanstalt für Personendosimetrie und Strahlenschutz Ausbildung - LPS -
Köpenicker Str. 325, Haus 41, 12555 Berlin, www.lps-berlin.de
Tel. 6576 - 3101/ -3102, Fax 6576 - 3100*

Informationen über Kurse der LPS im Internet und per Telefon.

Regelungen für Arzthelferinnen und Assistenzpersonal...

Auch Arzthelferinnen und medizinisches Assistenzpersonal sind von den Änderungen der neuen Röntgenverordnung betroffen. Neue Voraussetzung für den Erwerb der so genannten „Kenntnisse im Strahlenschutz“ ist eine abgeschlossene Berufsausbildung

in einem medizinischen Beruf (RöV § 24 Abs.2 Nr. 4). Bisher war es zulässig, dass Assistenzpersonal ohne medizinische Ausbildung unter Aufsicht und Verantwortung eines Arztes mit Fachkunde Röntgenaufnahmen von Patienten anfertigen konnte, wenn Mitarbeiter die „Kenntnisse im Strahlenschutz“ besaßen (120 Stunden-Kurs). Das ist nicht mehr möglich, die neue Röntgenverordnung hat hier die Bedingungen deutlich verschärft. Assistenzpersonal muss deshalb künftig bei der Anmeldung zum 120 Stunden-Kurs ihr Zeugnis über die abgeschlossene Berufsausbildung vorlegen.

Auch die „Kenntnisse im Strahlenschutz“ müssen nach den gleichen Regelungen wie die Fachkunden aktualisiert werden (siehe Kästen). Für Angelernte ohne medizinische Ausbildung gibt es aber Bestandsschutz. Sie können ihre Tätigkeit weiterhin unter Aufsicht und Verantwortung eines Arztes durchführen, müssen aber die Kenntnisse durch einen Kurs aktualisieren. Hier gelten die gleichen Fristen wie für Ärzte und MTRAs.

Wichtig: Stichtag ist nicht der Tag der Bescheinigung der Kenntnisse durch die Behörde sondern der letzte Unterrichtstag des 120 Stunden-Kurses, mit dem die Kenntnisse erworben wurden.

...und für MTRAs

Für die Fachkunde der MTRAs, die diese ja mit ihrer Abschlussprüfung erworben haben, besteht eine analoge Pflicht zur Aktualisierung. Der Umfang des Aktualisierungskurses beträgt 8 Unterrichtsstunden. Die Übergangsfristen entsprechen den genannten. Als Stichtag gilt der Tag der Abschlussprüfung.

Einstellungstermine für Auszubildende

Die Neueinstellung von Auszubildenden zur Arzthelferin sollte in diesem Frühjahr zum 1.2. oder 15.2.2002, spätestens im Laufe des März erfolgen, da dann das neue Semester in der Schule beginnt.

Auszubildende, die nach dem 1. April eingestellt werden, werden ihre Abschlussprüfung nicht im Januar 2006 absolvieren können, da dann die vom Berufsbildungsgesetz vorgeschriebene Ausbildungszeit zur Prüfungsanmeldung nicht erreicht wird. Im Herbst ist die Einstellung zum 15.8., spätestens 30.8. sinnvoll.

Darüber hinaus gilt, dass bei Einstellungen, die nicht zu Halbjahresbeginn erfolgen, die Berücksichtigung von Praxiswünschen für die Schultage schwieriger ist.

Hierfür ist es am günstigsten, eine Einstellung so früh wie möglich durchzuführen und dann bereits die Anmeldung an der Berufsschule zu veranlassen.

AUSBILDUNG FÜR DIE AUSBILDER

Am 5. März von 18 – 20.30 Uhr findet in der Ärztekammer Berlin, Flottenstr. 28-42 eine Informationsveranstaltung zum Thema „Ausbildung von Arzthelferinnen“ statt. Dort werden Fragen des Ausbildungsplans und des Berufsschulunterrichts behandelt sowie die neue überbetriebliche Ausbildung vorgestellt. Darüber hinaus gibt es die Gelegenheit, offene Fragen zur Ausbildung zu besprechen und Rechtsfragen zu klären.

Ansprechpartnerin: Frau Wacker Tel. 40806-128

Vorzugsstimmen

Wollen Sie wissen, wieviele Stimmen Ihre beiden Favoriten-Kandidaten bei den Kammerwahlen bekommen haben? Nichts leichter als das! Gehen Sie einfach auf die Homepage der Ärztekammer Berlin. Unter www.aerztekammer-berlin.de im Kapitel „Kammerwahl 2002“ finden Sie ganz am Textende einen Link zu den „Vorzugsstimmen“.

Hier sehen Sie, wie die Kandidaten der Kammerwahl im Einzelnen abgeschnitten haben.



Prüfungstermine für Arzthelferinnen

Die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen führt die Ärztekammer Berlin am 5. März 2003 im Oberstufenzentrum Gesundheit, Schwyzer Str. 6-8, 13349 Berlin (Wedding) durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der 10. Februar 2003. Die Sommer-Abschlussprüfungen 2003 finden zu folgenden Terminen statt:

Schriftliche Prüfung:
27. Mai 2003

Praktische Übungen:
18. Juni 2003 oder 21. Juni 2003

Auch die Abschlussprüfungen werden im Oberstufenzentrum Gesundheit, Schwyzer Str. 6-8, 13349 Berlin (Wedding) abgenommen. Ärzte werden gebeten, ihre Azubis bis spätestens zum 15. April 2003 mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular,

Berichtsheft, Bescheinigung über Teilnahme an der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigung der Zusatzausbildung bei kleinen Fachgebieten, ggfs. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden zu den gleichen Terminen statt. Die formlosen Anträge müssen allerdings mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Ergebnis der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte, Bescheinigung der Zusatzausbildung bei kleinen Fachgebieten und Berichtsheft) schon bis zum 15. März 2003 eingereicht werden.

Rückfragen zu den Prüfungen beantworten Frau Hartmann und Frau Wacker: Tel. 40 80 6-178/ -128.



NATURHEILTAGE BERLIN

Vom 13. bis 18. April laufen in Berlin wieder die Naturheiltage (Frühjahrskongress 2002 – Kurs IV).

Die Veranstaltungen eignen sich für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“, können aber auch einfach als zertifizierte Fortbildungen genutzt werden.

Schwerpunktthema sind diesmal Naturheilverfahren in der Onkologie (5.4.2003, **4 P**).

Folgende weitere Themen stehen auf dem Programm:

- ◆ Physiotherapie: bei Durchblutungsstörungen; Entstauungstherapie **4 P**
- ◆ Phytotherapie: bei Herz-/Kreislaufkrankungen; Erkältungs- u. Atemwegserkrankungen; HNO-Erkrankungen **6 P**
- ◆ Neuraltherapie: Einführung in die Praxis; Anwendung mit Falldarstellung **4 P**
- ◆ Ordnungstherapie: Autogenes Training; Chronobiologie; Ärztliches Gespräch; Methoden u. Indikation der Psychotherapie **4 P**
- ◆ Ernährungstherapie: Vegetarische Ernährung; Mikrobiotische Kost; Antioxydantien **4 P**

Veranstaltungsort ist das St. Gertrauden-Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin.

Anmeldungen über das Referat Weiterbildung der FU Berlin, Jochen Denzin, Tel. 838 51-424/ -425, Fax 838 51-396, E-Mail: denzin@zedat.fu-berlin.de

Die Kursgebühren betragen 255 € für den gesamten Kurs. Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de

Berufsrecht

An die Berufshaftpflicht gedacht?

Bitte denken Sie daran, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Das gehört zu Ihren in der ärztlichen Berufsordnung festgelegten Berufspflichten. Leider gibt es immer wieder einmal Fälle, in denen Kollegen versuchen, sich dies zu ersparen. Kommt es dann zu einem ärztlichen Behandlungsfehler, können die Schadenersatzansprüche betroffener Patienten oft nicht erfüllt werden. Lassen Sie es nicht so weit kommen! Neben schwerwiegenden emotionalen und wirtschaftlichen Folgen für betroffene Patienten sind solche Fälle geeignet, das Ansehen der Ärzteschaft insgesamt zu schädigen. Deshalb wird die Kammer Verstöße gegen diese Bestimmung berufsrechtlich sanktionieren.

Arbeitskreis

Junge Ärzte treffen sich in der Kammer

Das Thema Arbeitszeit von Krankenhausärzten wird auch im Jahre 2003 der Themenschwerpunkt des Arbeitskreises „Junge Ärzte“ in der Ärztekammer Berlin bleiben. Hierzu soll der schon bestehende Kontakt der Gruppe mit dem LaGetSi und der Senatorin Heidi Knake-Werner weiter ausgebaut werden. Seit November 2000 trifft sich der Arbeitskreis regelmäßig an jedem zweiten Dienstag im Monat in der Ärztekammer Berlin. Nach der Auswertung seiner im Herbst 2001 durch-

geführten Umfrage zur Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit und Weiterbildungssituation von Berliner Ärztinnen und Ärzten will man sich in diesem Jahr verstärkt für Verbesserungen in der Organisation und Qualität der ärztlichen Weiterbildung einsetzen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte sind herzlich zur Mitarbeit eingeladen.

Die Treffen finden an folgenden Terminen statt:

11. Februar, 19.30 bis 22 Uhr

11. März, 19.30 bis 22 Uhr

in der Ärztekammer Berlin, Flottenstraße 28-42, 13407 Berlin, Raum 213.

Ansprechpartnerin ist Frau Dr. Catharina Döring-Wimberg, zu erreichen Mo., Di. und Do. unter Tel. 40 80 6 -145.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Arbeitskreises unter www.ak-junge-aerzte.de.



Foto: Christian Herzig

Herzlichen Glückwunsch Rolf Schröder

Prof. Dr. med. Rolf Schröder wird am 16. Februar 75 Jahre alt.

Sein beruflicher Werdegang begann an der Universitätsklinik Göttingen, an der er von 1954 bis 1964 als Wissenschaftlicher Assistent tätig war und 1962 habilitierte. 1964 wechselte er als Oberarzt nach Berlin in die 2. Medizinische Klinik der Freien Universität im Klinikum Westend. 1966-67 folgte ein wissenschaftlicher USA-Aufenthalt an der Harvard Medical School in Boston, bevor er seine Tätigkeit an der FU-Berlin in dem inzwischen neu errichteten Klinikum Steglitz (heute Benjamin Franklin) fortsetzte. Von 1972 bis zu seiner Emeritierung 1993 leitete er dort die Abteilung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und Pneumologie.

Mit dem erstmaligen Nachweis, dass durch eine hoch dosierte intravenöse Kurzzeitinfusion von Streptokinase thrombotisch verschlossene Koronargefäße wieder eröffnet werden konnten, wurde weltweit eine neue Ära der Myokardinfarktbehandlung eingeleitet. Der Aufbau der ersten kardiologischen Intensivstation, die Einführung der Behandlung mit Dopamin in Deutschland und die Frühdefibrillation durch Rettungssanitäter zeigen nur einige Schwerpunkte seiner Arbeit auf.

Persönlich kann man Rolf Schröder sicherlich preußische Ideale zuschreiben. Die „Klinik morgens auf- und abends wieder abzuschließen“ war eine Selbstverständlichkeit. Bei schwierigen klinischen Fragen stand seine Tür jederzeit offen. Pomp und devotes Verhalten verach-



Foto: privat

tet er zutiefst. Nicht nur seine – zur Verblüffung vieler Patienten – spartanischen Arbeitsräume charakterisierten dies. Auch Sätze wie „Reden Sie nicht drum herum, sagen Sie, was Sie wollen!“, zeigten seine Haltung. Eine genaue Aufklärung und große Offenheit gegenüber den Patienten schufen ein hohes Maß an Vertrauen. Diese Offenheit galt auch innerhalb der Abteilung. Auftretende Schwierigkeiten bei Behandlungen waren immer Anlass zur offenen Diskussion. Peinlich genau wurde

nicht nur intern Statistik geführt, sondern auch über Patienten, die in anderen Kliniken behandelt wurden. Zeigten sich dort erhöhte Komplikationsraten, bat Rolf Schröder um Aufklärung. Seine direkte Art hat ihm sicherlich nicht nur Freunde eingebracht, doch seinen Patienten war sie allemal dienlich. Diese „kleine Schwäche“, die er in der „Diplomatie“ aufwies, ist möglicherweise der Grund, warum ein amerikanischer Kollege gegenüber Prof. Schüren, einem seiner Schüler, einmal äußerte: „Prof. Schröder is one of the most underestimated persons in Cardiology!“

Für seinen weiteren Lebensweg wünschen wir unserem alten Chef weiterhin an der Seite seiner Frau noch viele Jahre der Schaffenskraft und viel Freude am Golfspielen!

Dr. med. Lars Hennig /Arzt für Innere Medizin/Kardiologie

Tuberkulose in Deutschland

Der Wiederanstieg der Tuberkulose in den westlichen Industriestaaten zu Beginn der Neunzigerjahre, insbesondere in den USA, sowie aktuell in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion bekräftigt die Bedeutung dieser Krankheit auch für Deutschland.

In Deutschland lag die Rate der Neuinfektionen 2001 entsprechend der mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingeführten Falldefinition bei 9,2 pro 100.000 Einwohner. Dies entspricht 7539 gemeldeten Fällen (bis zum Stichtag 1.10.2002). Berücksichtigt man für einen Vergleich mit den vergangenen Jahren (in denen noch keine Falldefinition angewandt wurde) alle 7866 gemeldete Fälle, ergibt sich

eine Inzidenzrate von 9,6 pro 100.000 Einwohner. Das entspricht einem Rückgang um 13 Prozent gegenüber dem Jahr 2000 und setzt den in den letzten zehn Jahren beobachteten Trend einer Reduktion der Inzidenzrate von Neuerkrankungen um 1 pro 100.000 Einwohner pro Jahr fort. In den städtischen Bereichen und Ballungszentren ist die Inzidenz mit 16,1 (Falldefinition 16,0) in Hamburg und 12,8 (10,6) in Berlin höher als in ländlichen Regionen wie Schleswig Holstein mit der niedrigsten Rate von 5,9 (5,9) Fällen pro 100.000 Einwohner. Insgesamt zählt Deutschland innerhalb Europas zu den Ländern mit einer geringen Rate an Neuinfektionen. Das ist allerdings keinesfalls Anlass zur Entwarnung, wie sich an erneut zunehmenden bzw. stagnierenden Erkrankungszahlen in England und Frankreich zeigt, die mit Deutschland vergleichbare Inzidenzraten aufweisen.

Die Strategie DOTS – wörtlich übersetzt mit „direkt überwachte Kurzzeittherapie“ (directly observed therapy treatment

short course) ist eine Tuberkulose-Bekämpfungsstrategie, die ursprünglich vor allem auf Entwicklungsländer mit einer hohen Tuberkuloseprävalenz ausgerichtet war. Zentrale Elemente sind hier die möglichst vollständige Entdeckung mikroskopisch positiver Fälle durch bakteriologische Sputumuntersuchungen in den für die Primärversorgung verantwortlichen Einrichtungen und eine überwachte Kombinationstherapie über sechs Monate entsprechend den internationalen Richtlinien. Eine Adaption dieser Strategie an die Bedingungen in den Ländern mit niedriger Inzidenz stellt die

Überwachung des Behandlungsergebnisses gegenüber einer generell überwachten Therapie in den Vordergrund. Dies wurde nach Einführung des Infektionsschutzgesetzes möglich.

Das Robert Koch-Institut bietet insbesondere über das wöchentlich herausgegebene Epidemiologische Bulletin und im Internet eine Reihe von Informationen an, darunter einen Ratgeber Tuberkulose und eine Liste von Ärzten des Beratungsnetzwerks Tuberkulose des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Über dieses Beratungsnetzwerk wird – in Ergänzung vorhandener überregionaler Beratungsangebote (DZK, NRZ, RKI) fachlicher Rat zur Tuberkulose auf schriftlichem Wege, per Telefon oder über das ÖGD-Intranet UMINFO (www.uminfo.de) angeboten.

In Deutschland muss die Aufmerksamkeit für neue Fälle geschärft bleiben, damit sich die Auswirkungen des weltweiten Anstiegs der Erkrankungszahlen und der zunehmenden Zahl antibiotikaresistenter Erreger nicht stärker bemerkbar machen. Weitere Informationen: www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM



NACHRICHTEN

Spendenaufruf

Entschädigung für NS-Zwangsarbeiter

Auch die deutsche Ärzteschaft will sich am Entschädigungsfonds für NS Zwangsarbeiter beteiligen. Dies entschied der Deutsche Ärztetag 2001 auf Initiative der Ärztekammer Berlin (wir berichteten). Während der NS-Zeit – so weiß man heute – wurden Zwangsarbeiter nämlich nicht nur in der Industrie, sondern auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder in Lazaretten beschäftigt (Deutsches Ärzteblatt, Heft 44/2001). „Mehr als 50 Jahre danach geht es nicht um individuelle Schuld, sondern um ein Zeichen kollektiver Verantwortung“ betonte

Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg Hoppe. Die Bundesärztekammer hat ein Spendenkonto eingerichtet:

Deutsche Ärzte- und Apothekerkbank e.G.

Kontonr.: 1 501 107 739

BLZ: 370 606 15

Im Verwendungszweck können Sie angeben, ob Ihr Geld direkt der Stiftung zur Entschädigung der Zwangsarbeiter oder dem Fonds „Erinnerung und Zukunft“ zukommen soll, der aus dem gleichen Anlass gegründet wurde und Projekte der Völkerverständigung und der Erinnerung an die Bedrohung durch totalitäre Systeme finanziert.

Vivantes

Innenansichten einer Konsolidierung

Im Frühjahr 2001 fusionierten Berlins städtische Krankenhäuser zur größten Klinik-GmbH Deutschlands. Die VIVANTES Netzwerk für Gesundheit GmbH startete unter wirtschaftlich schwierigen Bedingungen. Ein gigantischer Konsolidierungsprozess begann, der noch immer nicht abgeschlossen ist. Er ist geprägt von einer konsequenten Anwendung ökonomischer Instrumente zur Steigerung der betriebswirtschaftlichen Leistung und Effizienz. Das wird bald in allen deutschen Krankenhäusern Realität sein. Doch durch Größe und Startbedingungen ist Vivantes gezwungen, hier besonders schnell zu sein. Was heißt das für die Ärzte? Wir haben nachgefragt.

Von Sybille Golkowski

MIT NADELSTREIFEN

In den ehemaligen städtischen Kliniken Berlins herrscht zwar wie überall das Jahr 2003 nach Christi, aber darüber liegt noch eine zweite Zeit. Denn seit dem 1.1.2001 schlägt die „Vivantes-Time“ und die hat einen anderen Takt. Sie teilt alles sauber in „früher“ und „heute“. Für alle, auch für die Ärzte.

Früher hatten Berlins städtische Kliniken alle eigene Krankenhausleitungen. Die wurden jeweils von den Krankenhauskonferenzen bestimmt, das waren Einrichtungen der Berliner Bezirke. Und bei der Besetzung von Chefarztposten redete die Senatsgesundheitsverwaltung ein gewichtiges Wörtchen mit und bestimmte auch, wer Ärztlicher Direktor wurde und wer nicht. Auch Strukturentscheidungen wurden in der Politik gefällt; vor Wahlen waren Neubauten und größere Investitionen besonders beliebt. Jedes Krankenhaus war ein eigenständiger Mikrokosmos, hatte eine eigene Verwaltung, eigene Technik, einen eigenen Einkauf, eine eigene Apotheke. Einen systematischen klinikübergreifenden Austausch gab es nicht, Synergieeffekte wurden nur selten genutzt.

Die Zentralisierung

Das war früher. Heute gibt es keine zehn Krankenhausleitungen mehr, sondern nur noch eine. Die heißt jetzt Geschäftsführung und besteht aus dem eigens nach Berlin geholten Klinikmanager Wolfgang Schäfer (Vorsitzender), dem Betriebswirt Dr. Jörg-Olaf Liebetrau (Finanzen & Controlling) und dem ehemaligen ÖTV-Vorsitzenden Ernst-Otto Kock (Personal). Die Geschäftsführung ist dem Aufsichtsrat gegenüber verantwortlich. Dort hat das Land Berlin das Sagen, dem die GmbH zu 100 % gehört. Insofern ist die Stimme der Politik auch bei Vivantes von Gewicht, wenngleich nicht bei Detailentscheidungen, wie das früher der Fall war. Die alten eigenständigen Kran-

kenhausleitungen wurden 2001 abgeschafft und die ehemals 10 Häuser drei Regionen zugeordnet. Jeder dieser Regionen steht jetzt ein Regionaldirektor vor. Er ist Ansprechpartner für die Ärztlichen Direktoren und Mittelsmann zur Geschäftsführung.

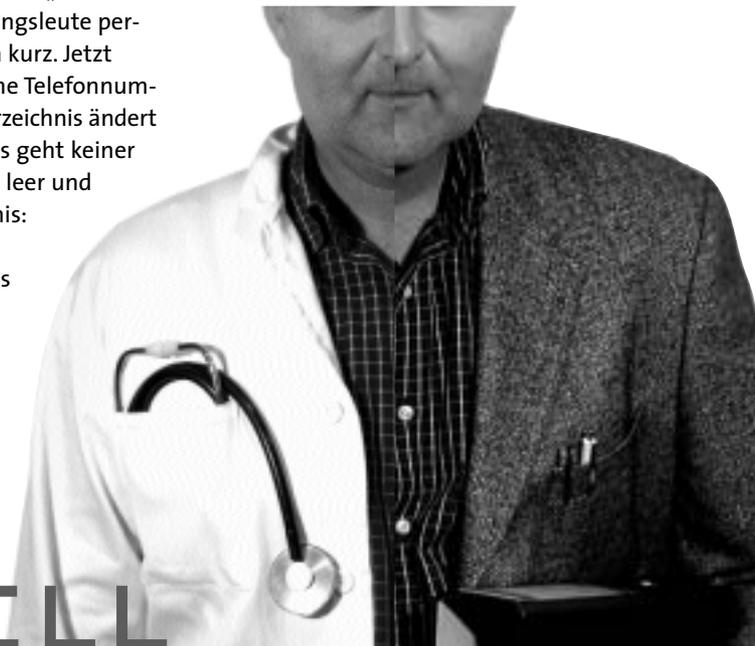
Dezentrale Verwaltungen gibt es bei Vivantes nicht mehr. Reinigung, Catering, Wäscheversorgung und Technik wurden zum zentralen Facility Management zusammengezogen. Noch in diesem Jahr sollen für jeden der vier Bereiche eigene Tochtergesellschaften gegründet werden. Den zentralen Einkauf – hierzu gehören auch Apotheke und Medizintechnik – erledigt die schon gegründete Tochtergesellschaft ChronoMedic, die jetzt die ganze Vivantes-Marktmacht nutzen kann, um die Preise beim Einkauf zu drücken.

Längere Drähte

„Das ist vernünftig, das spart alles eine Menge Geld“, sagt ein Oberarzt. Wie er stehen die meisten Ärzte bei Vivantes der Zentralisierung positiv gegenüber. Leider läuft aber alles noch nicht so rund, wie man sich das wünscht. „Irgendwie ist das noch nicht richtig aufgestellt“, sagt unser Gesprächspartner. „Früher kannte man die Verwaltungsleute persönlich, die Drähte waren kurz. Jetzt haben Sie da irgendwelche Telefonnummern und Namen, das Verzeichnis ändert sich ständig und meistens geht keiner ran. Es klingelt irgendwie leer und sie laufen da auf.“ Ergebnis: Ärger und Zeitverlust. „Es dauert jetzt viel länger als früher, bis die Sachen kommen, die wir bestellt haben. Und auf den Formularen müssen wir jetzt immer ganz genau begründen, warum wir das brauchen.“

Neben „langen Drähten“ bemerken Ärzte auch einen schleichenden Wissensverlust durch das Fehlen interprofessioneller Kommunikation. „Früher hatten wir hier einen Krankenhausapotheker, der ist immer mal über die Station gegangen und hat geguckt, was übriggeblieben ist. Wenn wir hier ein Problem mit der Einstellung eines Patienten hatten, na dann haben wir uns dazu mit ihm ausgetauscht“, sagt ein Internist. Vorbei! Heute wird nicht mehr beraten, heute kommt ein Fax aus der Zentralapotheker. In dem steht sinngemäß: Achtung! Medikament X auf Medikament Y umgestellt. Bitte beachten Sie neue Darreichungsmenge! „Da müssen wir höllisch aufpassen. Wenn die Zentralapotheker aus Kostengründen auf andere Medikamente umsteigt, ändern sich neben dem Namen nämlich auch mal die Mengen. Wehe, wenn das einer nicht mitkriegt!“ gesteht ein Internist.

Nicht nur Apotheker, auch Labormediziner und Pathologen sind ein seltener Anblick geworden. Gelegenheit zu einem kurzen Austausch en passant gibt es nicht mehr. Wissen, das früher nebenbei weitergegeben wurde, fließt nicht mehr so recht. Die Labordiagnostik wurde zentralisiert, allerdings gibt es in jedem Haus



UND SKALPELL

mit Akutversorgung noch ein Notfalllabor. Pro Region soll künftig nur noch eine Regional-Pathologie vorgehalten werden, weitere Konzentrationsprozesse sind geplant. Chirurgen, die noch eine solche im Hause haben, schätzen sich glücklich: „Von der Idee, die Pathologie bei uns völlig rauszuziehen und komplett zu zentralisieren, ist man ja Gott sei Dank wieder abgekommen“, berichtet einer von ihnen. „Stellen Sie sich mal vor, wir machen einen Schnellschnitt und müssen erst mal'n Taxi bestellen, das damit quer durch die Stadt rast.“

Die Startbedingungen

Natürlich erschöpft sich die neue Zeitrechnung längst nicht in der Zentralisierung. Sie zeigt sich auch in einem konsequenten Durchleuchten aller Abläufe und Prozesse. „Wir müssen jetzt alles irgendwo festhalten. Was wir tun, wie wir es tun, warum wir es tun, wie lange wir es tun, Medikamente, Nebenverdienste, Studien, Fortbildungsanträge, ...wird alles erfasst“, sagt ein Chefarzt*. Hierfür werden immer wieder neue Formulare entwickelt, nicht immer ist alles

praktisch. Die Umgewöhnung kostet Zeit und Kraft.

Das betriebswirtschaftliche Ausleuchten aller Winkel des großen Unternehmens hat natürlich einen Grund. Vivantes rüstet für die Zukunft. Die Zukunft beginnt exakt am 1.1.2007 mit der dann vollständigen und budgetwirksamen Umstellung der Finanzierung auf DRGs, und bis dahin ist nicht mehr viel Zeit.

*) Chefarzte heißen bei Vivantes eigentlich korrekt „Klinikdirektoren“. Zum besseren Textverständnis wird in diesem Beitrag jedoch der Begriff „Chefarzt“ verwendet.

DAS VIVANTES-STRATEGIEKONZEPT

Das Wichtigste in Kürze

Fallzahlen/Betten/Personal

Bis 2006 soll die heutige Fallzahl von etwa 185.000 beibehalten werden. Eine Bettenreduzierung von heute 5800 auf 4200 soll bis 2010 realisiert werden. Bis etwa 2006 sollen weitere 1700 Vollstellen abgebaut werden, so dass eine Zielzahl von etwa 9700 Mitarbeitern erreicht wird. Der Personalabbau soll mit Schwerpunkt im Bereich Verwaltung erfolgen. Ab 2007 wird eine jährliche Erhöhung der Fallzahlen um 3 % anvisiert, dem soll eine entsprechende Personalsteigerung folgen.

Verweildauer

Die Verweildauer soll von heute durchschnittlich 8,2 Tagen bis 2010 auf 5,1 Tage (nur somatische Fächer ohne Psychiatrie) gesenkt werden.

Investitionen

Es sind Neuinvestitionen in Höhe von 270 Millionen € erforderlich (68 Millionen € fließen aus dem Landeshaushalt, der Rest muss von Vivantes allein erbracht werden. Das Unternehmen benötigt zur Realisierung seiner Pläne einen Kreditrahmen von 230 Millionen € über eine Landesbürgschaft. Sie muss noch vom Berliner Abgeordnetenhaus bewilligt werden.

REGION NORD

Klinikum Spandau

- Das Klinikum Spandau bildet mit der Hämatookologie, der Palliativ- und Strahlenmedizin und den chirurgischen Disziplinen eines der drei Vivantes-Tumorzentren.
- Ausbau der Inneren Medizin und der Kardiologie.
- Ausbau der wohnortnahen Basisversorgung.
- Bessere Auslastung der OP-Kapazitäten durch Belegbetten (Urologie, HNO, etc.).
- Zusammenziehung der Psychiatrischen Betten am Standort Neue Bergstraße im Laufe des Jahres 2003. Hier vor allem kompletter Umzug des Standortes Griesinger Straße unter Reduzierung von 27 Betten. Finanzierung der notwendigen Baumaßnahmen aus eigener Kraft.

Humboldt-Klinikum

- Konzentration aller bisherigen tagesklinischen psychiatrischen Angebote in der bisherigen Pflegeschule am Nordgraben. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie reduziert sich um 20 Betten und zieht als erste vom Standort Oranienburger Straße an den Nordgraben. Hier auch Eingliederung der Gerontopsychiatrie und der Suchtklinik.
- Ausbau der Gynäkologie und der Inneren Medizin.

REGION MITTE

Klinikum Hellerdorf

- Zusammenführung in einem Neubau an einem Standort. Finanzierung des Neubaus voraussichtlich aus eigener Kraft bis 2006. Absenkung der Gesamtbettenkapazität um 50% auf etwa 350. Ausbau des Klinikums zu einem wohnortnahen Gesundheitszentrum vor allem im Bereich Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtsmedizin. Im vorhandenen Bereich Psychiatrie soll ein Schwerpunkt Altersmedizin und Gerontopsychiatrie ausgebildet werden.
- Verlagerung der Orthopädie nach Friedrichshain.
- Verlagerung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Neukölln.

Prenzlauer Berg

- Aufrechterhaltung des stationären Angebots und Aufbau zusätzlicher ambulanter Versorgungsformen am Standort Fröbelstraße – hier ist auch eine wirtschaftliche Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten angestrebt. Sofern sich eine Veräußerung der Immobilie in der Danziger Straße realisieren lässt, Umzug aller dort ansässigen Stationen in die Fröbelstraße.
- Verlagerung der Dermatologie ins Klinikum im Friedrichshain.
- Aufgabe der Physikalischen Medizin.
- Reduzierung der Gastroenterologie und der Chirurgie um jeweils 15 Betten.
- Profilschärfung durch Zentrum für minimalinvasive Chirurgie.

Ab dann werden nur die Krankenhäuser den Wettbewerb überleben, die besonders wirtschaftlich arbeiten und dafür hatte Vivantes im Jahre 2001 keine guten Startbedingungen. Die Zahl seiner Beschäftigten und auch die Verweildauer der Patienten lagen bei Gründung des Unternehmens weit über dem Bundesdurchschnitt. Wolfgang Schäfer und

seine beiden Geschäftsführer-Kollegen haben deshalb ein Hauptziel: Die Personalressourcen zu reduzieren. Vivantes muss bei gleichbleibend rund 185.000 Fällen pro Jahr von ursprünglich einmal 12.770 Stellen (1/2001) auf etwa 9730 herunter. Das ist nicht nur wegen der kommenden DRGs nötig, sondern auch wegen einer heute schon geltenden

fortlaufenden Budgetabsenkung. Um Planungssicherheit zu bekommen hat Vivantes mit den Kassen ein Budget bis 2006 ausgehandelt, in dem aber eine jährliche Absenkung um 20 Millionen € vereinbart wurde.

Der Personalabbau – nächstes Problem – kann nur sozialverträglich bewerkstelligt werden. Eine Rahmenbetriebsver-

Friedrichshain

- Insgesamt starke Bettenreduzierung in den bereits vorhandenen Fächern.
- Aufnahme der Orthopädie aus Hellersdorf. In Verbindung mit der im Hause schon bestehenden Neurochirurgie wird das Klinikum damit einen Schwerpunkt in der Wirbelsäulen-Chirurgie bilden.
- Aufnahme der Dermatologie aus Prenzlauer Berg.
- Profilierung als Schwerpunkt-Klinikum und Unfallkrankenhaus.
- Aufnahme eines Teils der Psychiatrie aus dem Klinikum Am Urban.
- Räumliche Eigenständigkeit des Zentrums für Gefäßmedizin im Laufe des Jahres 2003.

Klinikum Am Urban

- Aufnahme der Hämatologie/Onkologie aus Moabit.
- Schwerpunkt in der Kardiologie, hier Spezialversorgung und Fallzuwachs um 20 %.
- Aufbau des Zentrums für Brustkrankungen (derzeit im Bau).
- Aufbau einer weiteren Station für Innere Medizin.
- Abgabe eines Teils der Psychiatrie an das Klinikum im Friedrichshain.

REGION SÜD

Klinikum Neukölln

- Neubau des Mutter-Kind-Zentrums mit Landesmitteln und Aufgabe des Standortes Mariendorfer Weg.

- Aufnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Hellersdorf.
- Aufbau einer separaten Fachklinik für Kinderchirurgie.
- Beibehaltung der schon bestehenden Schwerpunktbildungen im Bereich Unfallversorgung, Tumorzentrum, Perinatalogie/Neonatalogie, „Kopf-Klinik“, Lasermedizin.
- Aufnahme des sozialpädiatrischen Zentrums aus dem ehemaligen Max-Bürger-Krankenhaus.
- Aufbau eines Thoraxzentrums mit Pneumologie und Thoraxchirurgie.
- Am Klinikum Neukölln werden künftig alle Schulen bei Vivantes konzentriert. Weiterhin bleibt Neukölln Sitz der Tochterfirma ChronoMedic (Einkauf).

Auguste Viktoria-Klinikum

- Organisatorisch enge Zusammenarbeit mit Wenckebach-Klinikum.
- Beibehaltung der bestehenden Schwerpunkte, u.a. in der Orthopädie und Urologie, aber vor allem als Zentrum für Infektiologie/ Kompetenzzentrum AIDS.
- Das AVK wird Hauptsitz der gerade gegründeten Vivantes Rehabilitation GmbH. In diesem Zusammenhang Ausbau von Angeboten in der ambulanten Rehabilitation.
- Etablierung einer gemeinsamen Neurologie mit Wenckebach-Klinikum.
- Einrichtung einer neuen Intensivstation.

Wenckebach-Klinikum

- Enge organisatorische Zusammenarbeit mit dem AVK.
- Weitere Etablierung als Zentrum für Altersmedizin mit stationärer und tagesklinischer geriatrischer Versorgung.
- Das Wenckebach-Klinikum ist Sitz des Zentralinstituts für Fort- und Weiterbildung.

Ausbau des Bereichs Rehabilitation

Eine neue Tochtergesellschaft Vivantes Rehabilitation GmbH (Hauptsitz am AVK) hat zum 1.1.2003 ihre Arbeit aufgenommen. Sie soll in den Bereichen Orthopädie, Kardiologie und Neurologie ambulante Reha-Angebote an verschiedenen Standorten vorhalten. Bis 2005 werden 660 Plätze aufgebaut. Zur stationären Rehabilitation soll mit Brandenburger Klinika kooperiert werden. Zusätzlich will Vivantes ambulante Präventions- und Wellnessangebote für die Berliner Bevölkerung anbieten.

Einkauf und Facility-Management

Neben der schon bestehenden Tochtergesellschaft ChronoMedic, die den gesamten Einkauf von Vivantes erledigt, werden für Catering, Wäscheversorgung, Technik und Infrastrukturaufgaben vier Tochtergesellschaften gegründet.

Stand: 1/2003

fluss konnte das überschuldete Land Berlin plötzlich einige Investitionszusagen nicht mehr einhalten, die es ursprünglich mal gemacht hatte. Vivantes muss deshalb einen Teil der dringend erforderlichen Baumaßnahmen (Beispiel: Klinikum Hellersdorf) aus eigener Tasche bezahlen. Das geht nur über Einsparungen in anderen Bereichen. Deshalb ist der Kontrast zwischen „früher“ und „heute“ so groß, ist der Takt der Vivantes-Time so schnell geworden. Um das Unternehmen wirtschaftlich zu machen, muss vor allem eins geschehen: Arbeitskraft muss so ökonomisch genutzt werden wie möglich oder – unfeiner ausgedrückt – sie muss so billig werden wie es geht.

Benchmarking und „Best practice“

Das Instrument, mit dem das geschieht ist das Benchmarking. In Zusammenarbeit mit der Wirtschaftsberatungsgesellschaft Pricewaterhouse Coopers wurden Vergleichszahlen aus mehreren hundert Krankenhäusern in Deutschland ausgewertet. Sie bilden Zielvorgaben für die Personalkosten pro Fach und Klinik. Sie wurden auf den jeweils besonderen Case-mix und die Strukturen der einzelnen Abteilungen heruntergebrochen. Das Ergebnis hat Wolfgang Schäfer allen Chefarzten auf einer Reise durch die Häuser persönlich präsentiert. Nach Erhalt der Zahlen gab es die Möglichkeit, fachlich begründete Korrekturen anzubringen.

Dennoch haben die meisten Ärzte bei Vivantes Zweifel daran, dass die Zahlen eine realistische Entsprechung der geleisteten Arbeitsstunden sind. Sie wollen wissen: Sind in den Vergleichskliniken die Überstunden mit eingerechnet worden? Sind hausinterne Verlegungen herausgerechnet worden? Ist mit berücksichtigt worden, dass nur die Abteilung, die einen Fall entlässt ihn auch für sich verbuchen kann? Geschäftsführer Schäfer sagt, natürlich habe man alle Verzerrungen bereinigt. Die Berechnungen seien – im Gegenteil – so gründ-

lich gemacht worden, dass man das Rechenmodell sogar als echten Prototyp verkaufen könne.

Die Benchmarkingzahlen zeigen bei den Personalkosten für jede Abteilung eine Gesamtsumme, ohne aufzuschlüsseln, auf wie viele Personen sie sich bezieht. Überstunden und Bereitschaftsdienste sind in der Summe schon enthalten. „Als wir die Zahlen sahen, hatten wir die Wahl, entweder eine Arztstelle zu streichen oder die Überstunden und Bereitschaftsdienste nicht mehr zu bezahlen. Da haben wir uns für letzteres entschieden“, sagt ein Chefarzt. Das heißt: Überstunden und Bereitschaften müssen innerhalb von 3 Monaten in Freizeit ausgeglichen werden. Das geht in der Regel nicht zu 100 Prozent. So lösen die Kliniken das Problem entweder gar nicht, oder eigenwillig. „Da wir das mit unserer Personaldecke nicht schaffen, haben wir uns eine Pauschallösung ausgedacht“, erklärt uns eine Oberärztin. „Wir bummeln 17 Tage pro Jahr ab, den Rest schenken wir der Firma. 15 bis 50 % der Überstunden fallen damit unter den Tisch. Und die Arbeit ist deutlich dichter geworden.“ Sie hat noch Glück, denn in ihrem Haus gibt es bereits ein Computerprogramm, das manuell eingetragene Überstunden übersichtlich für alle aufbereitet.

In einem anderen Haus kann man davon nur träumen. Dort wurden Überstunden noch nie erfasst und die Assistenzärzte versuchen gerade, erst einmal eine flächendeckende Überstundendokumentation auf dem Papier durchzusetzen. „Etwa 15 bis 20 Stunden pro Monat kommen bei jedem von uns etwa zusammen“, sagt ein Assistenzarzt über seine ersten Erfahrungen damit. Weil die Chefs die Bögen aber nicht abzeichnen – jede abgezeichnete Mehrstunde kommt einer Anordnung gleich und müsste mit einem fachlichen Ausnahmetatbestand, nicht aber mit Normalbetrieb begründet werden – kommen sie halt ohne Unterschrift zum Betriebsrat, der eine PC-Übersicht erstellt. „Wissen Sie, es geht uns nicht in erster Linie um mehr Geld. Wir wollen Wahrhaftigkeit. Wir wollen zeigen, wieviel Arbeit in Wirklichkeit geleistet wird, wie

einbarung garantiert den Mitarbeitern bis zum 31.12.2006 den Schutz vor betriebsbedingten Kündigungen. So kann der Personalabbau mit Schwerpunkt im Verwaltungsbereich nur über natürliche Fluktuation und Abfindungen geleistet werden. Zudem muss das Unternehmen die Verweildauer erheblich verkürzen. Das ist bereits geschehen. Blieb ein Patient im Jahr 2000 noch durchschnittlich 10,7 Tage im Hause, sind es heute nur noch 8,2 Tage, zukünftig möchte man in den somatischen Fächern sogar auf 5,1 herunter.

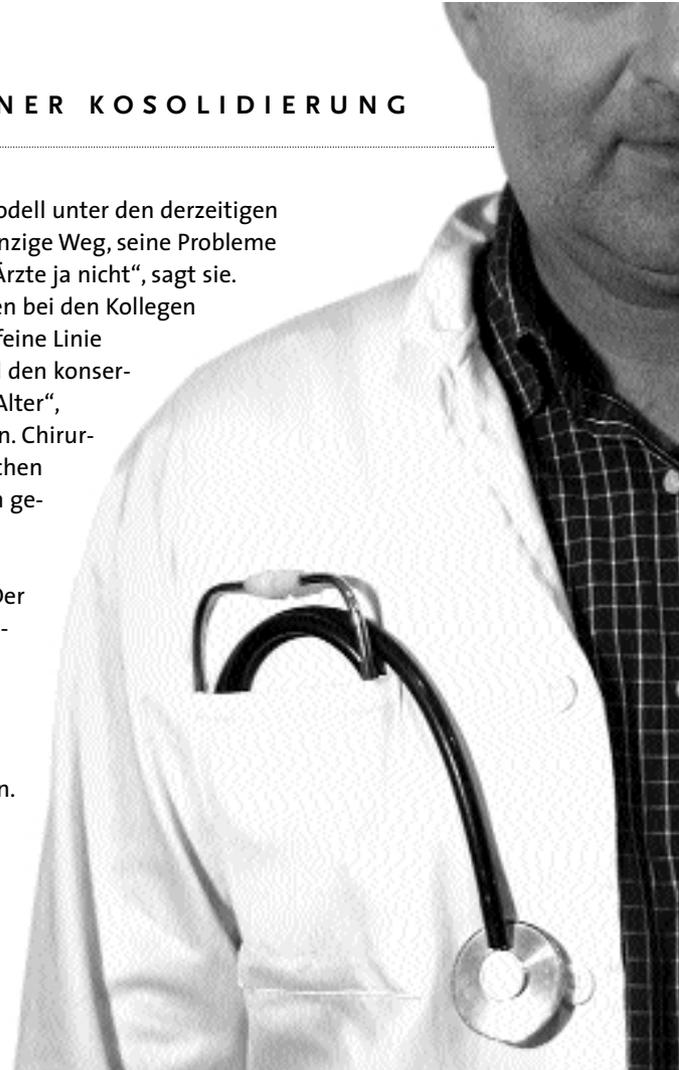
Und noch etwas drückt aufs Portemonnaie: Vivantes musste 2001 mit politisch bedingten Altschulden von insgesamt 190 Millionen € starten. Eigentlich sollte das Unternehmen sie durch die Veräußerung betriebseigener Grundstücke tilgen können, aber das geht nicht so einfach wie geplant. Zum einen gab und gibt es Probleme bei der Eigentumsübertragung, zum anderen lässt sich am darniederliegenden Berliner Immobilienmarkt zur Zeit kaum etwas vernünftig versilbern. Zu allem Über-

wenig Spielraum schon heute in der Personaldecke ist“, sagt eine Assistenzärztin. Neben dem externen gibt es noch ein internes Benchmarking bei Vivantes. Die Abteilung, die die günstigsten Personalkosten aufweist ist „best practice“ und dient den anderen als Orientierung. „Wer Überstunden ehrlich aufschreibt, hat da keine Chance. Wir wollen, dass man endlich damit aufhört, uns hausintern mit best-practice-Lügen gegeneinander auszuspielen“, so ein Oberarzt mit deutlicher Adresse an die Chefärzte. Sie haben sich bis dato zu keinerlei gemeinsamem Vorgehen entschließen können, das „die wahren Arbeitsstunden“ sichtbar macht. Schon existieren erste Benchmarking-Witze: „Ihr müsst jetzt einsparen, um das, was ihr virtuell habt, auch halten zu können, Kollegen!“. Beim ökonomischen Preisdruck auf ihre Gehälter merken Ärzte schmerzlich, wie schwer es ihnen fällt, ihre Interessen zu bündeln. „Wir sind eben keine Metaller“, sagt einer auf einer hausinternen Ärzteversammlung, auf der 150 von knapp 1700 Vivantes-Ärzten erschienen sind.

Schichtdienst als Alternative

Natürlich gibt es noch eine zweite Möglichkeit, mit weniger Leuten mehr Arbeit zu bewältigen: eine Ausweitung der Arbeitszeitfenster, in denen Leistungen am Krankenbett erbracht werden. Darüber macht sich auch gerade der Gesamtbetriebsrat Gedanken. Seine Vorsitzende, Ulrike Burchardt, betreibt mit ihren Kollegen die schwierige Gratwanderung zwischen konstruktiv gestaltender Mitarbeit und Kompromisslosigkeit. Als Erfolg wertet man hier die erreichte Rahmenbetriebsvereinbarung, die allen Mitarbeitern bis Ende 2006 eine Arbeitsplatzsicherheit gibt und Verlagerungsprozesse nach einem ausgeklügelten „Punktesystem“ gestaltet. Burchardt weiß aber auch, dass Mitarbeiter beim Thema Arbeitszeit künftig kaum mehr auf den 8-bis-16-Uhr-Tag werden bestehen können. Hier wünscht sie sich bei allen, auch bei den Kollegen, mehr Beweglichkeit und Kreativität. Aus

ihrer Sicht ist ein Mehrschichtmodell unter den derzeitigen Bedingungen für Vivantes der einzige Weg, seine Probleme zu lösen. „Leider wollen das die Ärzte ja nicht“, sagt sie. Das stimmt nicht ganz. „Sie sehen bei den Kollegen beim Thema Schichtdienst eine feine Linie zwischen den schneidenden und den konservativen Fächern und auch beim Alter“, erklärt eine junge Assistenzärztin. Chirurgen mit ihren besonders zahlreichen Bereitschaftsdiensten sind daran gewöhnt. Wenn sie ein paar Jahre arbeiten, haben sie sich auf das Mehr an Geld auch eingestellt. Der finanzielle Verlust trifft sie bei einem Wegfall besonders hart. In anderen Fächern und auch bei jüngeren Ärzten ist Freizeitausgleich absolut erwünscht. Doch der ist oft schwer zu organisieren. Vivantes experimentiert jetzt systematisch mit Arbeitszeitmodellen. Im Klinikum am Friedrichshain sollen die Fächer Anästhesie, HNO, Gynäkologie, Neurochirurgie, Urologie, Unfall- und Visceralchirurgie Neues ausprobieren.



Was sich dort bewährt, wird dann auch woanders übernommen. In der Diskussion ist zum Beispiel ein Zweischichtmodell mit anschließendem Bereitschaftsdienst der Stufe B (mit eingeschränktem Freizeitausgleich). Die OPs in Friedrichshain werden schon jetzt im Zweischichtbetrieb genutzt. Bei größtmöglicher Flexibilität ist für Ärzte schon heute die Arbeit deutlich dichter geworden. „Früher hatten wir 3 Entlassungen am Tag, heute sind es 6 – 8“, sagt eine Internistin. Da ist er wieder, der Takt der neuen Zeit. Der kann aber auch so

klingen: „Früher hätten wir nie zwei ÄiP gleichzeitig in einem Dienst gehabt. Heute passiert das, weil viele Assistentenstellen plötzlich mit ÄiP besetzt werden, das ist billiger. Neulich war ich der einzige Facharzt in der Nacht und musste mit zwei ÄiP die Station, die Rettungsstelle und die Intensivstation versorgen. Wir hatten einen Notfall, ich sage Ihnen, das war knapp. Einen zweiten hätten wir uns nicht leisten können.“

Fortsetzung auf Seite 20

„Der Schwamm ist jetzt trocken“

Seit April 2001 ist Wolfgang Schäfer als Vorsitzender der Geschäftsführung oberster Kopf des Vivantes-Konzerns. Der Diplom-Verwaltungswirt hatte bereits zuvor einen ähnlichen Prozess in den Städtischen Kliniken Kassel gemanagt. BERLINER ÄRZTE sprach mit ihm über seine Erfahrungen in Berlin.

Herr Schäfer, als Sie diesen Job hier antraten, was glaubten Sie, sei das größte Problem und welches war es dann real?

Das größte Problem waren die Altschulden, genauer gesagt, der Umgang mit diesen Altschulden. Von politischer Seite und damit auch in der öffentlichen Wahrnehmung wurden diese Altschulden plötzlich als „Schulden von Vivantes“ dargestellt. Das Land Berlin als „Produzent“ der Schulden hat es sich da einfach gemacht. Es hat dem Unternehmen diese Last erst einmal aufgeladen und ihm Grundstücke gegeben in der Erwartung, dass über den Verkauf der Grundstücke die Schulden getilgt werden können. Wie wir ja jetzt alle wissen, war das eine Fehlannahme.

War das für Sie eine Überraschung?

Die Tatsache an sich nicht, aber wie damit umgegangen wurde, hat mich überrascht. Ich ging davon aus, dass Berlin das Unternehmen in einem sehr viel höheren Maße entpolitisiert. Das ist leider nicht der Fall. Viele, die vorher an der Gründung von Vivantes mitgearbeitet haben, wollen heute von ihren damals getroffenen Entscheidungen nichts mehr hören. Jedes Unternehmen, nicht nur Vivantes, muss sich darauf verlassen können, dass der Gesellschafter zu den einmal getroffenen Strukturen steht. Unabhängig davon, welche politischen Kräfte gerade am Zuge sind.

Gab es auch im Inneren des Unternehmens Dinge, mit denen Sie nicht gerechnet haben?

Nein. Innerhalb der Ärzteschaft sind meine Annahmen bestätigt worden: Es gibt eine große Bereitschaft zum Aufbruch in eine neue Ära, weg vom administrierten Krankenhaus hin zu einer

managementbezogenen Arbeit und Organisation. Klar habe ich auch damit gerechnet, dass die einzelnen Krankenhäuser ihr eigenes Selbstverständnis haben. Und ich hab' gewusst, dass es Konflikte gibt, wenn wir zum Beispiel den einzelnen Krankenhausleitungen Kompetenz wegnehmen.

Sie haben große Anstrengungen unternommen, neue Kommunikationsstrukturen bei Vivantes einzuführen. Es gibt viele neue Gremien, dennoch gibt es Leute, die sagen „Der Schäfer entscheidet letztlich doch alles allein“.

Meine Aufgabe ist es, unternehmensstrategisch zu planen, wo wir hinwollen. Aber den Anspruch, alles selbst zu wissen und auch dann ganz allein und selbstherrlich festzulegen, den hab' ich nicht. Dafür arbeiten wir hier viel zu teamorientiert und es gibt kein Konzept, das von mir vom ersten bis zum letzten Buchstaben allein gemacht würde. Wenn ich das wollte, wäre ich hypertroph.

Wie viel Demokratie ist in einem solchen Prozess unter den bestehenden Rahmenbedingungen überhaupt möglich?

Basisdemokratische Unternehmensentscheidungen sind nicht realisierbar, denn dann würden wir nichts mehr machen können und würden nur noch diskutieren. In vielfacher Form haben wir dazu auch nicht die Zeit. Das Unternehmen ist mit solchen strukturellen Problemen ausgestattet worden, wir haben so enge Zeitpläne, dass für ein wünschenswert vertieftes Gremiengespräch die Zeit nicht bleibt. Ich registriere aber zunehmend, dass die Medical Boards anfangen zu greifen. Da be-

kommen wir zum Beispiel eine solche Diskussionsgrundlage. Eine Unternehmenskultur kann sich nur im gemeinsamen Prozess entwickeln. Aber den Anspruch, strategische Festlegungen zu treffen und Vorstellungen zu haben, den darf man sich nicht nehmen lassen. Dafür bin ich gemeinsam mit meinen Kollegen Ernst-Otto Kock und Jörg-Olaf Liebetrau angetreten.

Klaus Wowereit hat mal gesagt, Berlin müsse „sparen bis es quietscht“. Das muss Vivantes auch. Es ist schon viel passiert, um in den Häusern die Fallzahlen zu erhöhen und das Personal runterzufahren. Wie kriegen Sie mit, wann es quietscht?

Im Moment höre ich, dass es fast nur quietscht oder quietschen soll. Doch zunächst einmal: Die medizinische Versorgung ist und war bei Vivantes eine sehr gute, sie ist nur zu teuer und zu aufwändig organisiert gewesen. Davon kommen wir ja gerade runter. Wenn all die Maßnahmen, die wir ergriffen haben, tatsächlich auch so umgesetzt werden, dann ist der Schwamm trocken, dann ist die Grenze erreicht, das ist uns klar. Ich passe sehr gut auf, dass die Schraube, die man dreht, nicht überdreht wird. Wir sind jetzt an einer Stelle angekommen, wo es mit dem Drehen aufhören muss. Wo auch mal wieder Ruhe einkehren muss und die Beschäftigten spüren müssen, dass das Engagement, das sie bringen, auch fruchtet.

Letztlich geht es in diesem Umstrukturierungsprozess ja auch darum, Arbeitskraft wirtschaftlicher zu verwerten. Weniger Personen müssen mehr Patienten in kürzerer Zeit behandeln. Damit das geht, müssen Ärzte und Pflegekräfte in einem größeren Zeitfenster verfügbar gehalten werden als zuvor. Das heißt: Schwierige Arbeitszeiten, denen jedoch kein „Mehr“ an Geld folgt. Das ist nicht sehr motivierend für Ihre wichtigsten Leistungsträger. Was sagen Sie ihnen hierzu?

Wir haben im Moment hinsichtlich der Kosten des ärztlichen Dienstes eine sehr spannungsgeladene Situation, dessen bin ich mir sehr wohl bewusst.



Foto: Vivantes

Wir kommen hier nur in einem wechselseitigen Ab- und Zugehen weiter. Was die Personalstrukturen und die Leistungsstrukturen des Jahres 2003 angeht, haben wir mit den Kliniken und Institutsleitern Absprachen getroffen. Wenn die tatsächlich umgesetzt werden, werden wir eine höhere Produktivität erreichen und dann sind alle Diskussionen hinsichtlich der Organisation von Bereitschaftsdiensten entbehrlich. Rufbereitschaftsdienste müssen auch künftig bezahlt werden. Die Frage ist, wie man das sinnvoll organisiert. Gäbe es die Möglichkeit, versetzte Dienste oder fachübergreifende Bereitschaftsdienste zu organisieren? Könnte man sich zum Beispiel vorstellen, Spezialisierung nur über Rufbereitschaft sicherzustellen? Wir prüfen das gerade, hier müssen wir gemeinsam zu neuen Formen kommen.

Dennoch besteht die Frage, ob der Mehrleistung Geld folgen kann.

Wenn wir es im nächsten Jahr erreichen, dass die Klinik- und Institutsdirektoren Budgetverantwortung haben, das heißt eine Summe Geld zur Verfügung haben

mit der sie frei wirtschaften können, und die Direktoren haben Kosten, die unter dem Budget liegen, dann kann dies anteilig auch für die Klinik verwandt und gegebenenfalls auch ausgeschüttet werden. Ich würde mir sehr wünschen, wir würden relativ schnell auch zu anderen kompensatorischen Regelungen kommen und auch noch mehr Anreize im Sinne von „Weiterkommen“ schaffen können. Vivantes hat durch seine Größe und Vielfalt die besten Voraussetzungen, um auch im Sinne von Karriereplanung etwas zu gestalten. Zum Beispiel liegt es nahe, im ärztlichen Dienst ein Rotating einzuführen, damit unsere Ärzte verschiedene Strukturen kennenlernen können.

Haben Sie da konkrete Pläne?

Ja. Zunächst haben wir erstmal an den oberärztlichen Bereich gedacht und diskutieren das gerade in unseren Medical Boards. Ich rechne damit, dass wir im Laufe dieses Jahres, sicher aber 2004 so weit sind. Am stärksten wird derzeit in der Psychiatrie über ein Rotating diskutiert.

Wollen Sie auch in der Weiterbildung Rotation anbieten?

Ja, das wird kommen. Spätestens wenn die neue Weiterbildungsordnung greift, müssen wir in diese Richtung denken und können das als großes Unternehmen auch sehr gut organisieren.

Sie wollen bis zum Jahr 2006 die Fallzahlen von jetzt halten und planen ab 2007 eine Leistungsausweitung um 3 Prozent jährlich. Wird dann wieder zusätzliches Personal eingestellt?

Aber sicher. Das haben wir auch in unseren Konzepten berechnet. Wenn dann mehr Patienten kommen, brauchen wir logischerweise auch mehr Ärzte und Schwestern.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Kommunikation von Veränderungsprozessen gemacht? Was ist dabei besonders wichtig?

Das Wichtigste ist, die Mitarbeiter mitzunehmen und von unserer Strategie, unserem Vorhaben zu überzeugen. Darüber kann und muss auch kritisch diskutiert werden, nur so können wir gemeinsam unser Ziel erreichen. Wir sind davon noch ein Stück entfernt, obwohl wir schon viel erreicht haben. Eines ist aber klar: Wir sind unter schwierigsten Rahmenbedingungen unserer Fürsorgeverantwortung gegenüber den Beschäftigten nachgekommen wie kaum ein Unternehmen der Industrie dies derzeit tut. Ergo gehe ich davon aus, dass für diese Sicherheit eine große Leistungsbereitschaft gegeben wird. Wir müssen diesen Weg durchs Tal gehen, damit Vivantes langfristig nicht nur ein leistungsstarkes, sondern vor allem auch ein wirtschaftlich stabiles Unternehmen wird. Jeder Einzelne in diesem Unternehmen trägt eine Mitverantwortung dafür, dass wir das schaffen. Einer allein kann das nicht bewerkstelligen und auch eine Geschäftsführung allein kann das nicht. Wir können nur initiieren und anstoßen, wir können den Weg beschreiben, aber gehen müssen ihn alle.

Das Gespräch führte Sybille Golkowski



Das „ökonomische Rauschen“

Grundsätzlich konnte man früher Situationen stärker nur fachlich beurteilen, heute ist jede ärztliche Entscheidung unterlegt von einem „ökonomischen Rauschen“. Das wird mit gemischten Gefühlen gesehen. „Ein Arzt, ein guter Arzt, rekrutiert sich nicht nur aus Stunden, die er auf dem Papier tätig ist“, sagt ein Chefarzt. „Man muss doch mal sehen, was für einen Job wir hier machen. Stehen Sie doch mal an der Front, machen Sie doch mal eine ganze Nacht im Krisendienst einer psychiatrischen Abteilung oder einer Rettungsstelle im Kiez. Was da ankommt, damit müssen Sie erst mal fertig werden. Und führen Sie mal schwierige Gespräche mit todkranken Menschen, denen Sie Hoffnung geben müssen und Kraft, wenn Sie wissen, dass sie gleich noch drei Stunden an einem ständig abstürzenden Computer Diagnosen verschlüsseln müssen.“ Ein Oberarzt wird noch deutlicher: „Die Welt der Ökonomie ist nicht die Welt der Medizin. Da sind plötzlich diese neuen Worte und Begriffe, diese Sprache der Nadelstreifen. Aber wir sind doch ein Krankenhaus und keine Fabrik.“

Neue Kommunikationsstrukturen

Apropos Sprache. Eine der wichtigsten Veränderungen zu früher ist die Kommunikation, wenngleich sie noch nicht auf allen Ebenen „rund“ läuft. Früher wurde zwischen den Häusern überhaupt nicht kommuniziert. Schon gar nicht über Strukturen oder fachliche Standards, die für alle gelten sollen. Das hat sich geändert. Heute gibt es eine Vielzahl von Gremien und Abstimmungen. Die (hausintern gewählten) Ärztlichen Direktoren haben regelmäßig Sitzungen mit den Regionaldirektoren, zudem sitzen sie in der so genannten „Strukturkommission“ und geben ihre Informationen hausintern an ihre Chefärzte weiter. Zweimal monatlich sehen Regionaldirektoren auch direkt alle Chefärzte jedes Hauses. Völlig neu sind die „Medical Boards“, häuserübergreifende Fachgremien, die bei den Ärzten sehr gut ankommen. Hier treffen sich vivantesweit alle 4 – 6 Wochen die Chefs einer Fachrichtung, um Veränderungen zu besprechen, Strukturen zu beraten und fachliche Leitlinien zu entwickeln.

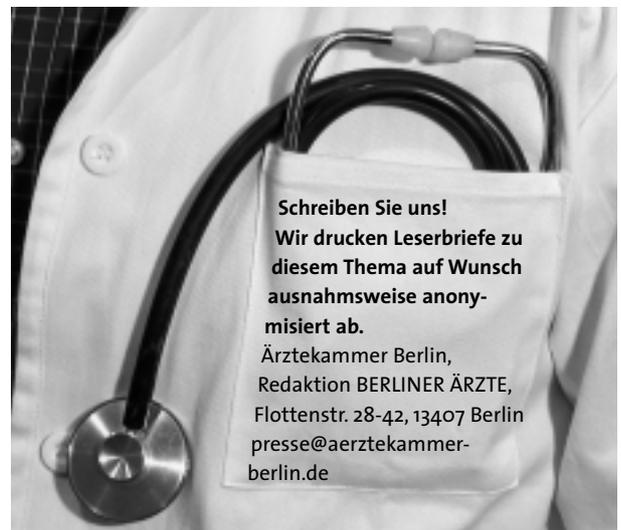
„Stille-Post“-Effekte

Chefärzte, das zeigt dieses Netz neuer Gremien, sind also recht gut im Bilde, was sich im Hause so tut. Leider geben viele von ihnen ihre Informationen nur unzureichend „nach unten“ durch.

Je tiefer in der Hierarchie, umso schlechter fühlen sich Ärzte informiert. Fina Geschonneck, die Leiterin der Vivantes-Unternehmenskommunikation, weiß um das Problem. „Wir schaffen alle Voraussetzungen zu einer regelmäßigen Kommunikation, aber

glauben Sie mir, wer das nicht gelernt hat und darüber 50 Jahre alt geworden ist, der lernt das auch in Zukunft nicht mehr“. Um die „Kommunikationsmauer“ zu knacken, hat man sich etwas einfal- len lassen. Mitte des Jahres wurde in jedem Haus ein Assistenten- und ein Oberarztsprecher gewählt, die wiederum zwei vivantesweite Vertreter bestimmten. Die sitzen nun mit der Strukturkommission und können von dort berichten. Seitdem läuft der Infofluss schon besser, dennoch gibt es „Stille Post“-Effekte. Geschonneck setzt auf das Vivantes-weite Intranet, das gerade aufgebaut wird und bald in allen Häusern verfügbar sein soll. Hier sollen Mitarbeiter Original-Informationen dann 1:1 abrufen können.

Doch bis dahin wird das Weitergeben von Informationen noch Wünsche offen lassen. „Es gibt auf allen Ebenen Leute, die kräftig mauern“, sagt zum Beispiel eine Oberärztin. Insofern werde Informationsweitergabe immer auch zur Stimmungsmache missbraucht. Für sie ist das kein Wunder, denn Menschen, denen die Umstrukturierungen bei Vivantes viel von ihren früheren Gestaltungsmöglichkeiten geraubt haben, gibt es viele. Sie „abzuholen und mitzunehmen“ kostet Zeit und Kraft und verlangt gute Kommunikationsfähigkeit von den Chefs in Medizin und Verwaltung. Wer da kein Naturtalent ist, muss sehen wo er bleibt. Bei dem gewaltigen Tempo, das das Unternehmen bislang vorgelegt hat, blieb dieses Feld noch unbestellt. ■



Schreiben Sie uns!
Wir drucken Leserbriefe zu diesem Thema auf Wunsch ausnahmsweise anonymisiert ab.

Ärzttekammer Berlin,
Redaktion BERLINER ÄRZTE,
Flottenstr. 28-42, 13407 Berlin
presse@aerzttekammer-berlin.de

In kleinen Geburtskliniken sterben mehr Kinder

Aufrüttelnde Studie aus Hessen in Berlin vorgestellt

Dass Risikoschwangere in Zentren gehören, weiß man und handelt danach. In Berlin zum Beispiel werden mehr als vier Fünftel der Kinder unter 1500 Gramm in den vier Perinatalzentren entbunden (Charité/Mitte und Charité/Virchow, UKBF und Vivantes Klinikum Neukölln). Wenn hingegen die Schwangerschaftsuntersuchungen keine besonderen Risiken ergaben, gehen die Frauen zunehmend in kleinere geburtshilfliche Einrichtungen.

Wieviele Geburten in einem Haus jährlich stattfinden, fragen die Frauen nicht, und das fragten bisher auch ihre einweisenden oder beratenden Ärzte nicht. Es gibt auch nur ganz wenige Studien, die nach der Beziehung zwischen perinataler Sterblichkeit und der Größe der Klinik fragen. Eben dies taten jetzt Geburtshelfer und Gesundheitswissenschaftler der Universität Marburg auf der Basis von Daten der hessischen Perinatalerhebung.

Das sensationelle Ergebnis der ersten deutschen Studie dieser Art referierte ihr Hauptautor Günther Heller zusammen mit Stefan Schmidt, einem der Koautoren, auf einer wissenschaftlichen Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin. Etwa gleichzeitig wurde die Originalarbeit veröffentlicht (Bibliografische Angaben am Ende dieses Beitrags).

Die perinatale Mortalität (kindliche Todesfälle unter der Geburt und der ersten Lebenswoche) konnte anhand von über 95 % der 582.655 Geburten eines Jahrzehnts in Hessen untersucht werden. Die Rohdaten zeigten zunächst zwar eine höhere Sterblichkeitsrate in den großen Geburtskliniken, denn dort konzentrieren sich dank der Regionalisierung die Risikoschwangeren. Diese Fälle musste man also herausfiltern, um

nur die Geburten mit geringem Risiko vergleichen zu können. Bei Kindern mit normalem Geburtsgewicht (mindestens 2500 g) ohne angeborene Anomalien wurde als Todesursache ein niedriges Risiko angenommen.

Die so bereinigten Mortalitätszahlen verteilten sich höchst ungleich auf die Geburtskliniken: In sehr kleinen Einheiten mit weniger als 500 Entbindungen jährlich war die Sterblichkeitsrate dreimal so hoch wie in Häusern mit mehr als 1500 Geburten pro Jahr – unabhängig vom Kliniktyp (Beleg- oder Chefarzt-Klinik). Dazwischen lagen die kleinen Kliniken (501-1000 Geburten/Jahr) und die mittleren (1000-1500) mit ebenfalls erhöhtem Risiko für perinatale Todesfälle. Die wenigen anderen Studien zu diesem Thema aus den USA und aus Norwegen kamen zum gleichen Resultat.

„Es geht hier zwar um seltene, aber vermeidbare Todesfälle“, sagte Heller im Berliner Vortrag. Er rechnete die hessischen Zahlen für Deutschland hoch und kam auf 336 – fast jeden Tag ein totes Baby, das in einer großen Geburtsklinik hätte gerettet werden können. Muss man diese Todesfälle hinnehmen? Die Marburger folgern aus ihrer Studie, dass eine stärkere Zentralisierung auch der ganz normalen Geburtshilfe Leben retten würde, wie es sich schon bei den Risikoschwangeren zeigte. Auch für andere Bundesländer sind solche Studien dringend nötig, hieß es auf der Veranstaltung. In Berlin zum Beispiel, sagte Matthias David (Frauenklinik Charité/Mitte), sind die Zahlen „an sich vorhanden, sie müssten nur ausgewertet werden, und zwar methodisch korrekt“. Dies wurde inzwischen in Angriff genommen.

Die schiere Größe einer Klinik erklärt noch nicht die besseren Ergebnisse.

Ergänzende Erhebungen über den Einfluss einzelner Faktoren stehen noch aus. Vorerst kann man nur spekulieren, sagen die Autoren. Wirkt sich vor allem die größere Erfahrung der vielbeschäftigten Geburtshelfer positiv aus? (Dafür sprechen die durch Studien nachgewiesenen besseren Resultate häufig operierender und auf bestimmte Eingriffe spezialisierter Chirurgen.) Ist es die bessere Ausstattung? Oder spielt die Verfügbarkeit von Spezialisten im Kreißaal rund um die Uhr eine Hauptrolle?

Für entscheidend wichtig hält dies Klaus Vetter, Chefarzt der Geburtmedizin im Krankenhaus Neukölln und Vorsitzender der veranstaltenden Fachgesellschaft. Was passiert, so fragte er, wenn künftig vielleicht nirgends mehr das nötige Personal nachts bereit steht, weil sich das kein Krankenhaus mehr leisten kann? „Wer steht dann zur Verfügung, wenn's brennt? Wenn man Qualität will, muss man auch in die Tasche greifen!“

Rosemarie Stein

G. Heller et al.: Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low risk births by the size of delivery units in Hessen/Germany, 1990-1999. *International Journal of Epidemiology* 31 (2002), S. 1061-68.

Bestandene Facharztprüfungen Oktober bis Dezember 2002*

Allgemeinmedizin

Dr. med. Uta Edda Ursula von Arnim	3. Dezember 2002
Florian Baier	19. November 2002
Dr. med. Tabea Deidesheimer	19. November 2002
Dr. med. Benno Fischer	22. Oktober 2002
Dr. med. Sven Förste	19. November 2002
Dr. med. Soheila Hansel	26. November 2002
Dr. Anke Heine	26. November 2002
Dr. med. Oliver Kadecki	1. Oktober 2002
Dr. med. Michael Lück	12. November 2002
Guido Lunau	12. November 2002
Dr. med. Elisabeth Martin	26. November 2002
Dr. med. Beate Matthesius	29. Oktober 2002
Dr. med. Mario Poppe	19. November 2002
Bernard Rogge	29. Oktober 2002
Rainer Schulz	29. Oktober 2002
Norbert Siepelmeier	3. Dezember 2002
Piotr Skrzypczyk	22. Oktober 2002
Dr. med. Andreas Stein	3. Dezember 2002
Dr. med. Karsten Stöckmann	1. Oktober 2002
Iphigenie Süßdorf-Suchan	3. Dezember 2002
Kerstin Wolf	26. November 2002

Anästhesiologie

Sergej Aistow	25. November 2002
Dr. med. Daniel Auer	30. September 2002
Horst-Christoph Blaschke	30. September 2002
Dr. med. Crit Friedel	14. Oktober 2002
Ulrich Härtel	25. November 2002
Dr. med. Kai Kratz	14. Oktober 2002
Dipl.Med. Heike Leber	14. Oktober 2002
Martin Reh	30. September 2002
Bernhard Sedlacek	25. November 2002

Arbeitsmedizin

Dr. med. Christoph Huschka	28. November 2002
Ulrich Poggensee	22. Oktober 2002
Dr. med. Leonie Kathrin Will-Testa	28. November 2002

Augenheilkunde

Dr. med. Dirk Werner Baumhauer	20. November 2002
Manuela Jahnke	20. November 2002
Dr. med. Bettina Kahle	20. November 2002

Chirurgie

Dr. med. Matthias Glanemann	12. November 2002
Kay Krüger	1. Oktober 2002

Dr. med. Dirk Lackner	1. Oktober 2002
Dr. med. Albert Reisen	1. Oktober 2002
Stephan Schade	1. Oktober 2002
Dr. med. Gerhard Schmidtmaier	1. Oktober 2002
Silke Schulz	1. Oktober 2002
Dr. med. Dirk Stengel	1. Oktober 2002
Dr. med. Henyk Thielemann	12. November 2002
Dr. med. Volker Tober	1. Oktober 2002
Reinhard Warnke	1. Oktober 2002

Diagnostische Radiologie

Dr. med. Klaus Kamphausen	5. November 2002
Dr. med. Kristina Kathke	5. November 2002
Dr. med. Christiane Pietrkiewicz	5. November 2002

Frauenheilkunde- und Geburtshilfe

Dr. med. Claudia Benecke	13. November 2002
Kathrin Lais	16. Oktober 2002
Dr. med. Katarzyna Michniewicz	13. November 2002
Sylvana Runge	16. Oktober 2002

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. med. Astrid König	9. Oktober 2002
-----------------------	-----------------

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. med. Anja Friederike Klein	27. November 2002
Dr. med. Birgit Farthmann-Schlesinger	27. November 2002
Dr. med. Ulrike Steckelings	27. November 2002

Herzchirurgie

Michael Zytowski	12. November 2002
------------------	-------------------

Innere Medizin

Abdul Hakim Abied	9. Oktober 2002
Dr. med. Angela Ale Abaei	20. November 2002
Dr. med. Jörg Arends	4. Dezember 2002

Dr. med. Mark Beling 23. Oktober 2002
 Dr. med. Ralf Hans Dechend 6. November 2002
 Dr. med. Karsten Diering 4. Dezember 2002
 Dr. med. Parwis Fotuhi 23. Oktober 2002
 Kirsten Hempel 6. November 2002
 Christoph Hillebrand 6. November 2002
 Dr. med. Claudia Hohmann 20. November 2002
 Dr. med. Sabine Hübner 9. Oktober 2002
 Dr. med. Mi-Ri Kim 9. Oktober 2002
 Dr. med. Jörg Lüdemann 4. Dezember 2002
 Dr. med. Jan Padberg 23. Oktober 2002
 Dr. med. Matthias Pirlich 9. Oktober 2002
 Sven Remstedt 6. November 2002
 Dr. med. Frank Rucktäschel 20. November 2002
 Dr. med. Judith Ruoff 4. Dezember 2002
 Dr. med. Ruth Trabelsi 9. Oktober 2002
 Dr. med. Carsten Tschöpe 20. November 2002
 Matthias Scheffler 20. November 2002
 Dr. med. Wolfgang Schmidt 4. Dezember 2002
 Dr. med. Ralf-Joachim Schulz 4. Dezember 2002
 Dr. med. Marcus Schweigert 9. Oktober 2002
 Ines Steffensen 4. Dezember 2002
 Dr. med. Andreas Sturm 9. Oktober 2002
 Volker Wenzlaff 9. Oktober 2002
 Dr. med. Andrea Wiese 23. Oktober 2002
 Dr. med. Claudia Zemmrch 9. Oktober 2002

Kinder- und Jugendmedizin

Kristina Bohlinger 30. Oktober 2002
 Dr. med. Eva Maria Rita Brand 4. Dezember 2002
 Dr. med. Pia Feldmann 27. November 2002
 Dr. med. Friederike Hecke 4. Dezember 2002
 Dr. med. Julia Beatrice Hennermann 4. Dezember 2002
 Dr. med. Elisabeth Walch 27. November 2002
 Dr. med. Katja Barbara Weiss 4. Dezember 2002

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. med. Sybille Gypkens 1. Oktober 2002

Nervenheilkunde

Dr. med. André Kwalek 29. Oktober 2002

Neurochirurgie

Dr. med. Jörn Leibling 12. Dezember 2002

Neurologie

Hanim Akman 5. November 2002
 Dr. med. Matthias Endres 10. Dezember 2002
 Dr. Sinje Frohberg 3. Dezember 2002
 Dr. med. Pascal Grosse 12. November 2002
 Peter Kern 10. Dezember 2002
 Dr. med. Christina Kölmel 29. Oktober 2002
 Annegret Müller-Jaroszek 10. Dezember 2002

Dr. med. Wolfram von Pannwitz 12. November 2002
 Dr. med. Christian Stapf 12. November 2002
 Martin Michael Weißhaar 3. Dezember 2002
 Dr. med. Rüdiger Wenzel 5. November 2002

Orthopädie

Dietmar Brandt 27. November 2002
 Jean Edelstein 27. November 2002
 Dr. med. Katrin Eilers 27. November 2002
 Thomas Gypkens 9. Oktober 2002

Pathologie

Ph.D./Australien Sara Ellen Coupland 26. November 2002

Phoniatrie und Pädaudiologie

Dr. med. Kathrin Mahlstedt 9. Oktober 2002

Psychiatrie

Andrea Köhrich 26. November 2002
 Dr. med. Anke Krenn 26. November 2002
 Dr. med. Paraskevi Mavrogiorgou-Juckel 19. November 2002
 Dr. med. Angelika Nebe 23. Oktober 2002
 Christiane Schmidt 23. Oktober 2002
 Dr. med. Isabel Schnabel 19. November 2002

Psychiatrie und Psychotherapie

Mohammed Benchekroun 23. Oktober 2002
 Dr. med. Gudrun Scholler 19. November 2002

Psychotherapeutische Medizin

Dip.-Med. Angelika Gericke 26. November 2002
 Dr. med. Bettina Pessel 10. Dezember 2002
 Dr. med. Hans-Jürgen Renkl 26. November 2002
 Agnieszka Rudnianska 26. November 2002
 Dr. med. Margret Stennes 10. Dezember 2002
 Dr. med. Uta Stemme 29. Oktober 2002
 Raymond Warrlich 19. November 2002

Strahlentherapie

Dr. med. Barbara Müller 15. Oktober 2002

Transfusionsmedizin

Beate Meyer 28. November 2002
 Dr. med. Matthias Horst Tregel 28. November 2002

Urologie

Silke Schulz 1. Oktober 2002

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.

Basiskurs Palliativmedizin

Erstmals wird im Jahre 2003 durch das PalliativZentrum Berlin-Brandenburg (PZBB) in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin und der Kaiserin Friedrich Stiftung in Berlin der „Basiskurs Palliativmedizin“ angeboten.

Palliativmedizin ist ein umfassendes Konzept für den angemessenen Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden. In Anlehnung an die Definition der WHO formulierte 1994 die „Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin“ (DGP) das Anliegen wie folgt:

- Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.
- Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess an. Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab.
- Palliativmedizin arbeitet multiprofessionell und basiert auf der Kooperation der Ärztinnen und Ärzte verschiedener Disziplinen und anderer Berufsgruppen, die mit der ambulanten und stationären Betreuung unheilbar Kranker befasst sind.
- Durch eine ganzheitliche Behandlung und Berücksichtigung von sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse soll Leiden umfassend gelindert werden, um Patientinnen und Patienten und Ihre Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung mit dem Ziel einer

verbesserten Lebenssituation zu unterstützen.

Der jetzt entwickelte Basiskurs Palliativmedizin orientiert sich an diesen Richtlinien. Der Abschluss berechtigt zur Teilnahme an weiteren Aufbaukursen. Ziel ist es, den Teilnehmern in drei Blöcken mit insgesamt 40 Kursstunden einen Einblick in die palliative Behandlung belastender Symptome, in die Prinzipien von Palliative-Care, in Fragen von Kommunikation und Ethik zu geben. Auch organisatorisch-praktische Hinweise für die Betreuung sterbenskranker und sterbender Menschen werden vermittelt.

Der Kurs wendet sich an alle Ärztinnen, Ärzte, Pflegende und Angehörige anderer Berufsgruppen, die schwerkranke und sterbende Patienten behandeln. Neben der Vermittlung von Grundlagen der Symptomkontrolle wird der Umgang mit schwierigen Situationen trainiert und die Möglichkeiten umfassender palliativmedizinischer Begleitung aufgezeigt.

Themenschwerpunkte werden sein:

- Grundlagen von Palliativmedizin und Palliative Care

Möchten Sie sich anmelden?

Termine:

- Teil 1: 7./8. März 2003
- Teil 2: 4./5. April 2003
- Teil 3: 16./17. Mai 2003

Kursort:

Kaiserin-Friedrich-Haus,
Robert-Koch-Platz 7, Berlin/Mitte

Leitung des Kurses:

Dipl.med. M. Passion, Dr. A. Rieger

Organisation und Anmeldung:

Geschäftsstelle des PZBB,
Dipl.-Med. Susanne Woskanian
Spenerstr. 21, 10557 Berlin,
Tel. 030-3910 4690
email: pz.bb@t-online.de

- Schmerztherapie, Symptomlinderung
- Ernährung und Flüssigkeitssubstitution
- Ethische Fragen – juristische Aspekte
- Kommunikation und Dokumentation
- Teamarbeit, Interdisziplinarität und Organisation
- Psychosoziale Aspekte

Der Förderverein PalliativZentrum Berlin-Brandenburg wurde im Jahre 2001 gegründet. Er möchte Ideen von Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizbewegung in Berlin und Brandenburg mehr Geltung verschaffen.

Priv. Doz. Dr. med.
H. Christof Müller-Busch

Ein Tusch dem Wunderdokter!

Vorher: Unglücklich verliebter armer Bauernbursch wird von seiner koketten Angebeteten immer nur abgewiesen.

Nachher: Reich und selbstbewusst gewordener Nemorino (=„Kleiner Niemand“) kriegt schließlich seine Adina doch.

Dazwischen: Im Umherziehen praktizierender Wunderheiler bewirkt scheinbar mit seinem Liebestrank diese Wende.

Donizettis 1832 uraufgeführte Komische Oper „L'elisir d'amore“ steht jetzt wieder einmal auf dem Spielplan der Staatsoper (nächste Aufführungen im März). Das ist – besonders für Medizinmänner und -frauen – ein Riesenspaß, sieht man über die etwas verunglückten inszenatorischen Modernisierungsversuche hinweg. Das fällt nicht schwer, denn Donizettis neben „Don Pasquale“ bekannteste Oper ist auch durch aufgesetzte Regieeinfälle nicht kaputt zu kriegen.

Die Aufführung hat übrigens auf ganz verschiedene Weise mit Medizin zu tun. Intendant Mußbach, der die wunderschön lyrisch durchwirkte Opera buffa („Una furtiva lagrima...“) auf den Spielplan setzte und der dem baulich und finanziell maladen Haus zur Genesung verhelfen soll, ist promovierter Mediziner (Neurologe). Und der spät-

berufene Opernregisseur Percy Adlon, der vom Film kommt, heißt eigentlich Parsifal. Denn er ist nach eigenen Angaben Frucht einer zwanzig Jahre dauernden „Affaire“ zwischen dem abgebrochenen Mediziner und berühmten Helden Tenor Rudolf Laubenthal und der Hotelerbin Susi Adlon.

Aber nun zu Dulcamara! Dieser Quacksalber kommt einem sehr bekannt vor, wie er da auf seinem herzförmigen Wohnwagen steht und mit schwindelerregender italienischer Zungenfertigkeit seine Wundermittel gegen alles anpreist. Er hat noch viel vom Dottore der alten Commedia dell'arte, und heute wirbt er bekanntlich in der Regenbogenpresse und im Internet. Viele Patienten fallen genauso darauf herein wie die Opern-Bergdörfler auf Dulcamaras süße Versprechungen. Kommt die bittere Erkenntnis, dass sie leer waren, ist der Scharlatan längst über alle Berge.

Als er dem tumben Nemorino (eine stimmliche Entdeckung: Roland Vallazon) für dessen letztes Geld eine Flasche Bordeaux als Liebeselixier verkauft, sagt er vorsichtshalber, der Effekt setze erst nach 24 Stunden ein. (Beiseite: „Morgen früh bin ich schon weit weg.“) Die Placebowirkung aber – auch das kennt man – beginnt, noch ehe der nun hoffnungsvoll Liebende die Flasche überhaupt geöffnet hat.

Am Ende glaubt der Wunderdokter selbst an seinen Liebestrank, denn plötzlich umschwärmen alle Mädchen den vorher verspotteten reinen Dorf-Toren - weil sie hörten, dass er eine Erbschaft gemacht habe, was zunächst weder Nemorino selbst noch Dulcamara wussten. Der schlaue Scharlatan behauptet nun, sein Elixier ver helfe auch zu Reichtum und macht, bevor er abfährt, das Geschäft seines Lebens.

Hingehen – und alle Patienten hinschicken, die anfällig für Wunderheiler sind!

Rosemarie Stein



Foto: Staatsoper unter den Linden