

Katowice, dn. 11. 06. 2015 r.

Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy,
niemal 20 lat temu uczestniczyłem w niezwykle ważnym i świetnie zorganizowanym kursie w Berchtesgaden.



Gościnność, ale też i oczekiwania Kolegów z Niemiec wobec nas były dużym zaskoczeniem. Piszę „nas”, ponieważ towarzyszyły mi jeszcze 3 osoby ze Śląska. Asystowaliśmy do zabiegów codziennie od 7.30 do 18.00.



Koledzy Ordynatorzy Oddziałów Urazowo-Ortopedycznych (od lewej): śp. dr n. med. Tadeusz Moszkowicz (Tychy) oraz prof. dr hab. n. med. Tadeusz Gaździk (Ustroń) i lek. med. Marek Jędrysik (Jastrzębie Zdrój).

Warto jednak było, ponieważ zdobyte doświadczenia pamiętam do dzisiaj i z nich korzystam. Wspomniał chirurg, dr Peter Primbs, zaprosił nas pierwszego wieczoru na kolację. Przy typowych bawarskich daniach, niezwykle dla mnie tłustych, pytał każdego skąd pochodzi i wszelkimi sposobami starał się stworzyć przyjacielską atmosferę. Prawdę mówiąc, to odzywałem się wówczas najmniej i starałem się raczej słuchać starszych ode mnie. Czułem się wówczas wyróżniony faktem przebywania w tym gronie i wpychaniem w siebie ciężkostrawnych potraw.

Ale następnego dnia nie wytrzymałem, ponieważ wskazania, zwłaszcza radiologiczne, do kolejnej endoprotezoplastyki kolana wydały mi się co najmniej wątpliwe. Zapytałem: „dlaczego taka kwalifikacja?”. Usłyszałem, że są to „wskazania amerykańskie”. Czyli jakie? – Ból. Teraz już wiem, że w Niemczech operuje się pacjentów o wiele wcześniej, nie czekając, aż zmiany zwyrodnieniowe dokonają niewyobraźalnych spustoszeń, nie tylko miejscowych, ale i ogólnoustrojowych. Dla mnie było za wcześnie, dla nich był to czas optymalny. 1:0.

»Ein Krankenhaus ist keine Schraubenfabrik«

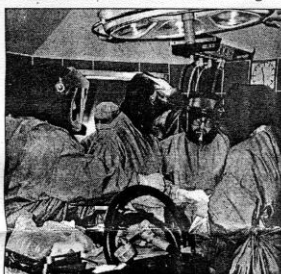
Tagung zum Thema »Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes auf die Krankenhausstrukturen«

(Die Grünen) - »Politik drückt sich um schmerzhaft Wahrheiten im Gesundheitswesen.« Das war die zentrale These eines Seminars zum Thema Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) auf die Strukturen im Krankenhausesektor, das »Die Grünen« kürzlich in Freilassung durchgeführt haben. Einig waren sich die Referenten Dr. Henner Krauss, Elmar Kuhn, Dr. Wimmer darin, daß das GSG wesentliche Versprechungen nicht habe einlösen können. Ursache hierfür sei ein Denkfehler des Gesetzes: Beitragsstabilität und optimale medizinische Versorgung schlossen sich nämlich aus.

Bernhard Kölbl, Projektleiter zur Umsetzung der Bundespflegeverordnung am Klinikum Nürnberg erklärte dazu: Wenn eine steigende Lebenserwartung und medizinischer Fortschritt erwünscht wären, seien steigende Gesundheitskosten, bei allen Einsparungsmöglichkeiten durch effizienteren Mitteleinsatz, unausweichlich. Das Gesundheitswesen könne nicht allein nach Marktmechanismen funktionieren. Wenn die Gesellschaft keine Zweiklassenmedizin wolle, müsse sie zu einem neuen Grundkonsens in der Gesundheitspolitik kommen. Und das könne nur heißen, steigende Gesundheitskosten durch Umverteilung aus anderen Bereichen zu kompensieren.

Logik des GSG dagegen würde dazu führen, daß die Krankenhausstrukturen gerade in Bayern massiv ausgedünnt würden. Kleine Krankenhäuser kämen unter ökonomischen Druck. Bundesweit gelten Krankenhäuser unterhalb einer Bettenzahl von 400 schon als klein. In Bayern aber hätten 80 Prozent der Krankenhäuser weniger als 250 Betten.

Für Dr. Michael Hüller, Assistenzarzt am städtischen Krankenhaus in Bad Reichenhall, ist klar, daß die drei öffentlichen Krankenhäuser im Landkreis die neuen Rahmenbedingun-



Über 300 Knie- und Hüftgelenkoperationen werden jährlich im Kreis Krankenhaus Berchtesgaden durchgeführt. Vor kurzem informierten sich fünf Chirurgen aus Polen vor Ort über den aktuellen Stand der Endoprothetik. gen des GSG wirtschaftlich nur durch verstärkte Zusammenarbeit werden meistern können. Es gebe kaum ärztliche Kooperation zwischen den Häusern, was zu unnötigen Doppelangeboten an Leistungen führe. Dies treibe die Gesundheitskosten in die Höhe.

Aber auch die Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung ließe sich verbessern. So sollten niedergelassene Ärzte in verstärktem Maße Krankenhausgeräte nutzen können. Dennoch würden sich die Gesundheitskosten im Krankenhausesektor vermutlich nicht wesentlich senken lassen. Immer noch wäre das Pflegepersonal unterbezahlt und müßten Ärzte 30 Stunden am Stück arbeiten. »Das Krankenhaus ist keine Schraubenfabrik«, konstatierte Dr. Hüller. Wer eine humane Me-

dizin wolle, der müsse sich auch der Kosten bewußt sein.

Krankenhaus-Defizit auf Dauer zu hoch
Grünen-Kreisrat Dr. Bartl Wimmer rechnete vor, daß das Defizit der öffentlichen Krankenhäuser im Landkreis unter Berücksichtigung der Krankenhausumlage bei 10 Millionen DM jährlich liegt. Dieses Defizit entstehe, weil die Krankenkassen die anfallenden Kosten nur zum Teil ersetzen. Angesichts eines fast bankrotten Kreishaushaltes könne sich der Landkreis dieses Defizit auf Dauer nicht leisten. Neben einer Strukturänderung zum Beispiel durch einen Krankenzweckverband oder eine andere Betriebsform, müßten auch Sektoren wie Wäscherei, Küche und Verwaltung ob ihrer Effizienz auf den Prüfstand.

Gegebenenfalls müsse auch an eine Teilprivatisierung dieser Aufgaben gedacht werden. Auch im Laborbereich und bei Entscheidungen gebe es noch große Einsparpotentiale.

Das Pflegepersonal sei durch die Umsetzung des GSG tief verunsichert, so Elmar Kuhn, Pflegedienstleiter am Kreis Krankenhaus Berchtesgaden. Eine Qualitätssicherung im Pflegebereich sei äußerst schwierig, weil das Gesetz nur eine »ausreichende«, keine optimale Pflege fordere. Kuhn rechnete vor, daß die Verordnung einem Pfleger zur Betreuung eines Schwerstpflegefallers nur noch 36,9 Minuten pro Tag zubillige. Unter diesen Umständen werde die Pflege knallhart an das angepaßt, was ein Patient gerade noch brauche. In der Fachliteratur gebe es schon den zynischen Begriff der »Nullpflege«. Die mangelhafte Bezahlung des Pflegepersonals fördere auch kaum die Motivation. Qualitätssicherung im Pflegebereich sei nur durch Personalaufstockung und bessere Bezahlung möglich.

Nicht alles medizinisch Machbare ist wünschenswert

Dr. Henner Krauss, als Vorsitzender des ärztlichen Kreisverbandes Repräsentant aller Ärzte im Landkreis, hob zunächst den herausragenden Standard der medizinischen Leistungen in Deutschland hervor. Deutliche Kritik übte der Arztchef aber auch am eigenen Berufsstand. Die Ärzteschaft müsse den Patienten klarmachen, daß das nicht alles, was medizinisch machbar sei, auch wünschenswert wäre.

Der Zuwachs an diagnostischen Möglichkeiten habe zwar die Kosten in die Höhe getrieben, der therapeutische Gewinn für den Patienten sei jedoch häufig gering geblieben. Dr. Krauss: »Wir Ärzte sind aufgefordert, uns Gedanken zu machen, wie die begrenzten Ressourcen ethisch vertretbar verteilt werden sollten. Wir sind langfristig gefordert zu definieren, was medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend ist.«

Nach einer ausführlichen Diskussion bedankte sich Seminarleiter Edwin Hertlein bei Referenten und Publikum für Vorträge und Diskussionsbeiträge und regte an, sich in weiteren Gesprächsrunden mit dieser wichtigen Materie zu befassen.



Auf der Endoprothetik, den Ersatz abgenutzter Gelenke durch Kunstgelenke, ist Chefarzt Dr. Peter Primbs (links) vom Kreis Krankenhaus Berchtesgaden spezialisiert. Man verwendet heute - etwa für Hüftgelenke - biologisch beschichteten Werkstoff. Die Implantation erfolgt zementfrei, der Werkstoff soll für eine gute Verbindung mit dem Knochen sorgen. Anzeiger-Fotos

DAS AKTUELLE INTERVIEW

Die Stärke der kleinen Krankenhäuser liegt in der »Subspezialisierung«

Das Gesundheitsstrukturgesetz, kurz GSG, wird in Fachkreisen noch immer heftig diskutiert. Welche Auswirkungen ergeben sich konkret für die Patienten des Kreis Krankenhauses Berchtesgaden, und wie sieht die Zukunft der »kleinen Krankenhäuser« aus? Dazu unterhielt sich der »Berchtesgadener Anzeiger« mit dem Chefarzt und Chirurgen Dr. Peter Primbs, einem Spezialisten für Endoprothetik (Ersatz abgenutzter Gelenke durch künstliche Teile).

Spüren Sie bereits Auswirkungen des GSG im Krankenhaus-Alltag?

Dr. Primbs: Das Krankenhauswesen muß sich auf die Anforderungen des GSG umstellen, da wird sich noch einiges tun. Leitende Ärzte werden mehr in das Management einbezogen. Konkret könnte das GSG aber auch eine »Zwei-Klassen-Medizin« bedeuten. Wer dann ein »Mercedes-Ersatzgelenk« haben will, muß das selbst bezahlen - unser Budget ist begrenzt.

Haben kleine Krankenhäuser unter zunehmendem wirtschaftlichen Druck überhaupt eine Überlebenschance?

Dr. Primbs: Die Stärke der kleineren Krankenhäuser an der Peripherie ist die Subspezialisierung, wie etwa in unserem Fall auf die Endoprothetik. Wir hatten gerade fünf polnische Chefärzte und Professoren zu Gast, die sich bei uns im Haus über den aktuellen Stand der Technik informiert haben. Wir bemühen uns aber auch, ein humanes, bürgernahes Krankenhaus zu sein, wo es noch menschlichen Kontakt und eine Öffnung nach außen gibt.

Wo ergeben sich konkrete Einsparungsmöglichkeiten im Krankenhausbereich?

Dr. Primbs: Es existieren da und dort Einsparungsmöglichkeiten durch wirtschaftlicheres Arbeiten, aber damit wird das gesamte Dilemma nicht gelöst. Die Qualität steigt und das Anspruchsdenken ebenso. Wir sollen eine bessere Medizin »liefern«, und auf der anderen Sei-

te soll das Ganze billiger werden. Verkürzte Liegezeiten heißt auch intensivere, also teurere Medizin.

Wie sieht es im Personalbereich aus?

Dr. Primbs: Drei Viertel aller Unkosten in unserem Krankenhaus sind Personalkosten. Doch Patienten erwarten, besonders in Notfällen, eine umgehende Behandlung. Einsparungen in diesem Bereich würden noch längere Wartezeiten bedeuten. Für unsere 152 Betten haben wir über 200 Mitarbeiter. Der Personalschlüssel errechnet sich bis heute - außer beim Pflegepersonal - auf der Basis von Bemessungszahlen des Jahres 1969. Dieser Schlüssel hat sich also nur in unwesentlichen Bereichen verändert, während sich der Pflegesatz um mehrere 100 Prozent erhöht hat. So kann das Gesundheitssystem nicht funktionieren.

Wie sehen Sie die Konkurrenz von privaten Kliniken?

Dr. Primbs: Ich habe nichts gegen Privatisierungen im Krankenhausesektor. Im Kreis Krankenhaus Berchtesgaden sanieren wir schon seit über 10 Jahren, denn unser Träger, die öffentliche Hand, ist träge. Durch Privatisierung wäre eine leistungsbezogene Medizin möglich, auch die Motivation würde möglicherweise steigen. Derzeit kann das Kreis Krankenhaus nicht gewinnbringend sein, finanzielle »Löcher« müssen über die Kreisumlage gestopft werden. Ein privater Träger würde hier sicher Abhilfe schaffen. IMS

W kolejnym dniu rozpisano mnie na asystę do zabiegu usunięcia kości piętowej, zniszczonej procesem ropnym. Mój głos w dyskusji był jednak bardziej stanowczy, ponieważ uważałem operację za zbyt „oszczędną” i nie zapewniającą chirurgicznego wyjałowienia, co było szczególnie ważne ze względu na zły stan ogólny chorego, gorączkę i parametry laboratoryjne. Dr Primbs nie był zadowolony, ale wstrzymał zabieg. Przepytał mnie w jakim ośrodku pracuję, jakie mam doświadczenie w takich operacjach i ile ich wykonałem? Zadzwonił do kil-



„Gniazdo Orłów” w Berchtesgaden 20 lat temu i teraz. Obecnie są tam tłumy odwiedzających.



ku innych Szpitali i Zakładów Ortopedycznych, a po otrzymaniu zgodnej odpowiedzi, co do bardziej radykalnej amputacji i możliwości funkcjonalnego zaprotezowania, wykonał ją zgodnie z moją sugestią i bez komentarza.

Czułem, że tworzy się między nami pewna nić zawodowej sympatii i szacunku. Tak postępuje człowiek z klasą !



„Szpital w Berchtesgaden” w 1995 i czerwcu 2015 r. Z niezbyt dużego ośrodka powstało olbrzymie Centrum Kliniczne, na czele z nowym, „biało-żółtym” budynkiem. Zmianie uległa także nazwa.



Stąd wynik 1:1. Następnego dnia pojawili się lokalni dziennikarze, którzy dużo z nami rozmawiali. Skutkiem był artykuł w „Berchtesgadener Anzeiger”. Okazało się, że mamy podobne problemy i wspólne trudności.

Skoro już byłem w tym miasteczku ponownie, to chciałem znaleźć adres szpitala i spojrzeć na niego raz jeszcze. Miałem też nadzieję na serdeczną rozmowę z dr Primbsem. Znalazłem w internecie link:

http://www.kliniken-suedostbayern.de/de/main/chronik_berchtesgaden.htm

Na końcu Oficjalnej Strony Szpitala jest zamieszczone moje zdjęcie z Peterem sprzed lat. I to nie sen !

Kreisklinik Berchtesgaden

Home
Unternehmen
Kreisklinik Bad Reichenhall
Kreisklinik Berchtesgaden
Ambulante Operationen
Medizin
Kompetenzzentren
Med. Versorgungszentrum
Pflegedienst
weitere Dienste
Kreisklinik Freilassing
Klinikum Traunstein
Kreisklinik Trostberg
Vinzentinum Ruhpolding
Kompetenzzentren
Aktuelles & Presse
Karriere
Bildungszentrum
Patientenservice
Download

Chronik des Hauses Berchtesgaden
"Das Gesundheitswesen in Berchtesgaden" (1102 - heute)

1102
Früheste urkundliche Erwähnung des Stifts Berchtesgaden

1156
Kaiser Friedrich Barbarossa stellt die "Goldene Bulle" aus

1490
Erstmals urkundliche Erwähnung des "Stiftshospitals"

1565
Erstmals urkundliche Erwähnung des "Leprosenhauses"

1591
Fürstprobst Wolfgang II. (Grießbätter) verfügt in seiner Stiftung, daß in der Nähe der Franziskanerkirche ein Spital errichtet werde (wozu es aber nicht kam)

1634
Die Pest wütet in München, Salzburg und Hallein - dringt bis Schellenberg

1634
Am Böcklweiher soll vorsorglich ein Pestkrankenhaus errichtet werden

1643
Zeichnet Merian in seiner Topographia bavaria "das Spital nächst St. Andrae" ein

1710
Datiert die älteste Bruderhausrechnung

1710
Der erste Arzt wird nach Berchtesgaden gerufen

2005
Als Nachfolger von Chefarzt Dr.med. Peter Primbs wird die Chefarztstelle durch PD Dr.med. Reiner Hente und Dr.med. Thomas Kanig besetzt

2006
Gründung med. Versorgungszentrum mit den Fachrichtungen Gynäkologie und Diabetologie

2008
Im Herbst Umzug der stationären Unfallchirurgie nach Bad Reichenhall

2009
Im Sommer Fusion mit den Kreiskliniken Traunstein/Trostberg zu den Kliniken Südostbayern AG

2010
Energetische Sanierung des "Seidelbaus".
Eröffnung der Geriatrischen Rehabilitationsabteilung im Herbst unter der Leitung von Chefarzt Dr. Klaus Esch. Damit war ein kompletter Umbau der Station U 1, entsprechende Anbauten (Speisesaal mit Therapieräumen) sowie die Modernisierung der Physikalischen Abteilung.

Das Doktorhaus am Doktorberg um 1900

Das schöne Krankenhaus "Salzberg"

Das Distriktkrankenhaus von 1903

Säuglingszimmer (ca. 1962)

Chefarzt Dr. Peter Primbs (links) + 2007 bei einer Orthopädischen Operation

2005

Als Nachfolger von Chefarzt Dr.med. Peter Primbs
Chefarztstelle durch PD Dr.med. Reiner Hente u
Kanig besetzt

2006

Gründung med. Versorgungszentrum mit den Fa
Gynäkologie und Diabetologie

2008

Im Herbst Umzug der stationären Unfallchirurgie

2009

Im Sommer Fusion mit den Kreiskliniken Traunst
den Kliniken Südostbayern AG

2010

Energetische Sanierung des "Seidelbaus".
Eröffnung der Geriatrischen Rehabilitationsabtei
Leitung von Chefarzt Dr. Klaus Esch. Damit war
der Station U 1, entsprechende Anbauten (Spe
Therapieräumen) sowie die Modernisierung der



Chefarzt Dr. Peter Primbs (links) + 2007 bei einer Orthopädischen
Operation

Odwiedziłem Berchtesgaden przy okazji wyprawy do zamku Neuschwanstein, który znajduje się niedaleko Füssen w południowej Bawarii w Niemczech, w pobliżu zamku Hohenschwangau i granicy z Austrią. Obiekt powstawał od 1869 r. jako wyidealizowany średniowieczny zamek rycerski dla króla bawarskiego Ludwika II Wittelsbacha. Wstępny projekt opracował Christian Jank, a rozwinęli go Eduard Riedel i Georg von Dollmann. Król to postać tragiczna. Przeżył w zamku tylko kilka miesięcy i zmarł jeszcze przed ukończeniem budowy. Nam ta budowla kojarzy się głównie z bajkami Disneya.



Jednak te piękne doznania przyćmił mi sentyment do Berchtesgaden i miejsc, które wcześniej już widziałem, przyjeżdżając uczyć się ortopedii i traumatologii. Przy okazji nauczyłem także czegoś od niemieckich kolegów i jestem pod wrażeniem ich otwartości, gotowości do merytorycznej dyskusji i słuchania innych. To wielka sprawa i postawa godna naśladowania. Tego życzę sobie oraz Państwu !

Z pozdrowieniami
Prof. Damian Kusz