

Tragweite bereits bei den Verhandlungen bekannt war. Hier wird die Niederschriftserklärung der Tarifpartner zitiert: „Die Tarifvertragsparteien gehen davon aus, dass Ärzte, die am 31. 7. 2006 die Bezeichnung Oberärztin/Oberarzt führten, ohne die Voraussetzungen für die Eingruppierung als Oberärztin/Oberarzt nach §16 TV-Ärzte/VKA zu erfüllen, die Berechtigung zur Führung ihrer bisherigen Bezeichnung nicht verlieren. Eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe III ist hiermit nicht verbunden.“ Die Leidtragenden sind die Oberärzte, die Tag für Tag an vorderster Front in der Verantwortung stehen. Leider gibt es in kleinen Krankenhäusern nur selten eigenständige Bereiche, für die man verantwortlich ist. Nur die Chefarztvertretung ist eindeutig geregelt. Eine Entgeltgruppe III existiert faktisch nicht mehr, wenn man den TV-Ärzte/VKA anwendet. Da hat man wohl bei den Tarifverhandlungen einen Fehler gemacht . . .

Hans Kienböck, Kitzauerweg 15, 94110 Wegscheid

HEIMBEATMUNG



Die Heimbeatmung ermöglicht Langzeitbeatmeten eine Rückkehr in ihr gewohntes Umfeld (DÄ 6/2007: „Gewinn für Patienten, Herausforderung für Ärzte und Pflege“ von Dr. med. Andreas Fiehn und Marc Benner-scheidt).

Aus eigener Erfahrung

. . . Seit eineinhalb Jahren betreue ich einen Heimbeatmungspatienten. Vor dessen Pflegepersonal ziehe ich den Hut. Die besondere Herausforderung aber zeigt sich mir viele Stufen weiter unten am Boden der Realität: Dreimal pro Woche ist eine Helferin eine halbe Stunde damit beschäftigt, die Bestellliste des Warenlagers Intensivstation aufs Rezept zu bringen mit Artikeln, deren Funktion ich nur fantasieren kann (Oxi Max neo, Tubusverlängerung DAR, Mini-Spike plus, BePa chip vario, Flocare Überleitungsset Pumpe u. v. a. m.). Die Kasse lässt mich

wissen, dass aus Kostengründen künftig Katheterzubehör nicht mit Formulierung A, sondern mit Formulierung B zu verordnen sei. Die Hausbesuche sind über die Hälfte zeitbesetzt von seitenweisem Abzeichnen (bestvorbereiteter) Dokumentationen. Die Organisation einer EEG-Kontrolle mit Antiepileptikaneueinstellung geriet zur never ending story, die nur durch den Schlussstrich der Angehörigen beendet werden konnte. Die Krönung kommt von der Kasse mit Anfragen, ob bauliche Maßnahmen in Zusammenhang mit dem Beatmungsgerät, die Verordnung eines Hochleistungs-Akkus statt eines Normal-Akkus, ein Ersatzbeatmungsgerät wegen Ausfallmöglichkeit der betriebenen, notwendig seien. Mein Verweis darauf, dass diese Frageninhalte nicht Ausbildungs- und Examensstoff gewesen seien, ändert nichts daran, dass der Vertragsarzt mit seinen vielfältigen Budgetfesseln als kostenloser Dauerdienstleister nicht den Hauch einer Erwähnung, geschweige denn Kalkulationsbeachtung findet.

Dr. Alexander Ulbrich, Birkheckenstraße 1, 70599 Stuttgart

Zustimmung

Ich kann Herrn Kollegen Fiehn nur beipflichten, wenn er in seinem Artikel zum Thema Heimbeatmung positiv Stellung nimmt. Die Home Mechanical Ventilation (HMV) stellt in den dargestellten Indikationen sicher einen Gewinn für die Patienten dar. Neuromuskuläre Erkrankungen oder neurologische Grundkrankheiten waren von jeher eine sinnvolle Beatmungsindikation. Wir stellen in unserem Haus ebenfalls steigende Behandlungs- und Indikationszahlen zur HMV fest. Allerdings nicht nur in den klassischen Indikationsbereichen, sondern vielmehr in den Grenzreichen der Patienten, die nach einer akuten Erkrankung nicht mehr vom Respirator entwöhnt werden können. Das ist in einer Intensivstation mit dem Schwerpunkt „Akutgeriatrie“ auch nicht weiter verwunderlich, denn die demografische Entwicklung sorgt für immer mehr Pa-

tienten mit chronischen Grundleiden im Rahmen der Multimorbidität und macht somit Prognoseeinschätzungen, anders als bei den neurologischen Erkrankungen, wesentlich schwieriger. Diese Patienten in innovative Versorgungsformen im Rahmen der Heimbeatmung einzubinden, stellt sich ungleich schwieriger dar. Viele der Senioren- und Pflegeheime sind auf diese Therapieformen nicht eingerichtet oder vorbereitet, professionelle Pflegedienste oder gar Selbsthilfegruppen zu finden, ist nicht einfach. Auch im Umgang mit den Kostenträgern zeigen sich immer wieder Probleme im Verständnis der Behandlungsindikation, da nahezu alle unsere Patienten die klassischen Kriterien der Heimbeatmung aufgrund einer neurologischen Erkrankung nicht erfüllen. Nachdem wir uns mit einem ortsansässigen Anbieter auf dem Gebiet der Heimbeatmung (WKM) organisatorisch zusammengeschlossen haben und über alle Widerstände hinweg ein kooperatives Konzept entwickeln konnten, gestaltet sich die Versorgung unserer Patienten mit Heimbeatmungsgeräten und Versorgungsplätzen zur Langzeitbeatmung deutlich einfacher . . .

Dr. Hans Jürgen Heppner, Klinikum Nürnberg, 2. Medizinische Klinik, FAU Erlangen-Nürnberg, Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg

PRAXISFÜHRUNG



Der Ansatz „Die Führungskraft als Coach“ wird zunehmend auch von Ärzten zur individuellen Entwicklung von Mitarbeiterinnen genutzt (DÄ 9/2007: „Arzt coacht Helferin“ von Karin und Michael Letter).

Denglisch

In dem Beitrag wimmelt es nur so von englischen und denglischen Begriffen: „Die Stärke eines Coachings liegt in der besonderen Beziehung zwischen Coach und Coachee. Coaching ist nur möglich, wenn . . . Der Arzt coacht die Assistentin“ und so weiter und so fort. Das Lesen dieses Textes tat weh, mir wurde dabei

ziemlich kootschig zumute. Ich möchte aber niemanden coachen, noch selbst gecoacht werden. Was bitte sind „Feedbackgespräche“? Ist nicht jedes zielgerichtete und vertrauliche Gespräch mit einer Rückkopplung verbunden? Warum wird so ein grässliches Denglisch überhaupt im DÄ abgedruckt? . . .

Dr. Horst Neumann, Talstraße 2, 01809 Heidenau

SCHLAGANFALL



Unsicherheit herrscht darüber, wann ASS ausreicht und wann Clopidogrel eingesetzt werden muss (DÄ 10/2007: „Bei hohem Rezidivrisiko

reicht ASS nicht aus“ von Gabriele Blaeser-Kiel).

Einhäupl irrt

Der o. g. Artikel recurriert auf eine Veranstaltung der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, auf der Herr Prof. EINHÄUPL dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen eine „Pervertierung der Statistiken“ vorwirft. Uns sei nach seiner Aussage jedes Mittel legitim, wenn es um Kostenaspekte gehe. Der Hintergrund seines Vorwurfs ist unser Bericht zu Clopidogrel versus Acetylsalicylsäure in der Sekundärprophylaxe vaskulärer Erkrankungen, der aufgrund der Ergebnisse der CAPRIE-Studie (Lancet 1996; 348: 1329) einen Zusatznutzen von Clopidogrel lediglich bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (paVc) beschreibt. Herr Prof. EINHÄUPL nimmt an, dass wir auf eine „unwissenschaftliche“ Art und Weise eine Subgruppenanalyse, die keine statistisch signifikanten Ergebnisse für die Gruppe mit Schlaganfall und die Gruppe mit Herzinfarkt erbracht hat, als Grund für die Nichtberücksichtigung des Gesamtergebnisses werten. Der Grund des Irrtums von Herrn Prof. EINHÄUPL ist seine Annahme, dass in die CAPRIE-Studie konsekutiv Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen rekrutiert und dann in einer Post-hoc-Analyse der Subgruppen (Schlaganfall,