ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

2
87. Jahrgang
Februar 2014

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © fotomek/fotolia.com

Die Novellierung der GOÄ wird „vorgedacht“

Rahmenvereinbarung zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband zur Novellierung der GOÄ

- Weitere Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen unter der Lupe
- Ergebnisse der 15. Kienbaum-Studie zur Gehaltsentwicklung von Führungskräften in Krankenhäusern

Die ärztliche Gebührenordnung ist kein „EBM für die Privaten“!

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Vielleicht sollte man nochmal daran erinnern, was gesetzliche und private Krankenversicherung grundsätzlich voneinander unterscheidet: In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) legen Patient und Versicherte ihre Versorgungsverantwortung in die Hände ihrer jeweiligen Krankenkasse, um darauf zu vertrauen, dass diese (in der Regel mithilfe der bekannten Gremien der Selbstverwaltung) zu weisen Versorgungsentscheidungen und -strukturen finden möge. Budgetierungen sowie diverse Formen der Fallzahlbegrenzung und Behandlungseinschränkungen mit notorischen Hinweisen auf den allgegenwärtigen Kostendruck sind die Folge. In der PKV dagegen begegnen sich Arzt und Patient rechtlich auf gleicher Augenhöhe und entscheiden ohne den unmittelbaren Kostendruck eines versorgungsfernen Regulierungssystems, welche Behandlung dem Patienten Heilung verspricht. Im Zentrum stehen die Arzt/Patienten-Beziehung und die sich daraus ableitenden therapeutischen Maßnahmen.

Diese grundlegenden Unterschiede werden wir uns in den nächsten Wochen und Monaten immer wieder deutlich ins Bewusstsein rufen müssen, denn am 8. November 2013 haben sich die Bundesärztekammer und der Verband der privaten Krankenversicherung auf eine Rahmenvereinbarung zur längst fälligen GOÄ-Reform verständigt, die an den systemischen Grundlagen der beiden unterschiedlichen Absicherungsmodelle gründlich rüttelt. Diese Entwicklung kann uns Leitenden Krankenhausärzten (und den Krankenhausträgern) keineswegs einerlei sein, denn wir und unsere Träger sind über die Privatliquidation von GOÄ-Änderungen unmittelbar mitbetroffen. Der VLK hat daher gemeinsam mit befreundeten Ärzteverbänden eigene Positionen zu den vorliegenden Rahmenvereinbarung von BÄK und PKV erarbeitet.

Auffällig und besorgniserregend ist, dass die vorliegende Rahmenvereinbarung augenscheinlich an den eingangs genannten Grundfesten der Systemtrennung zwischen PKV und GKV zu rütteln versucht. Zeigt sich bereits bei den DRGs und in der Arzneimittelpreisfindung, dass die PKV mehr und mehr mit den Instrumenten der gesetzlichen Krankenversicherung liebäugelt, belegen die langwierigen Diskussionen um die GOÄ, dass die Privatversicherungen nun auch noch die letzte Bastion unabhängiger ärztlicher Versorgung und Liquidation zu stürmen versucht.

Besonders bedenklich muss vor diesem Hintergrund die Installierung einer „Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ“ stimmen, in deren Namen sich bereits der anregende große Bruder „GBA“ zu erkennen gibt. Auch an zahlreichen anderen Stellen wird deutlich, dass die Mengensteuerungspotentiale des vertragsärztlichen EBM und seiner Gremien wohl vielfach Pate gestanden haben, um sich wirkungsvoller in die Beziehung zwischen Arzt und Patient einmischen zu können.

Über die dringend erforderliche GOÄ-Anpassung besteht Konsens, wir sollten aber darauf achten, dass diese Anpassung ausschließlich einer unabhängigen privatärztlichen Versorgung und einer sach- und zeitgerechten Abrechnungssystematik dient und nicht etwa der Einführung einer Einheitsversicherung durch die Hintertür! Vermitteln müssen wir dabei auch, dass Beschneidungen in den Liquidationsmöglichkeiten nicht nur die Ärzte, sondern über § 6a Abs. 1 der aktuellen GOÄ auch die Krankenhausträger betrifft. Ihnen steht immerhin ein Teil unseres Honorars als vertraglich vereinbarte Nutzungsentgelt-Abgabe zu. Damit setzen neue GOÄ-Daumenschrauben nicht nur die Krankenhausfinanzierung weiter unter Druck, sie gefährden auf diese Weise zudem die ohnehin prekäre Versorgungsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist möglicherweise gewollt, aber um so deutlicher müssen wir auf diese Kettenreaktion hinweisen.

Kein Schaden wäre es sicherlich, wenn Sie die anstehenden Änderungen auch in Ihrem Arbeitsumfeld diskutieren würden. Mit aktuellem Material zur Sache versorgen wir Sie jetzt und in Zukunft gerne, denn nur durch den Rückhalt „in der Fläche“ ist auch die VLK-Spitze in Berlin eine scharfe Waffe!

In diesem Sinne grüßt Sie herzlich

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

2 **Die ärztliche Gebührenordnung ist kein „EBM für die Privaten"!**

Titel

8 **Die Novellierung der GOÄ wird „vorgedacht"**
Gerd Norden

9 **Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

14 **Bundesärztekammer und PKV-Verband einigen sich auf ein gemeinsames Konzept**
Dr. Birgit König, Dr. Bernhard Rochell

16 **Reform der GOÄ**
Wie sieht die neue PKV aus?
Dr. Hans-Friedrich Spies

18 **Anmerkungen des VLK, des BDC und des BDI zur Rahmenvereinbarung**
Tilo Radau, Gerd Norden

Berufs- und Gesundheitspolitik

23 **Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen unter der Lupe**
Teil III
Gerd Norden

27 **Auf die richtige Zusammensetzung kommt es an**
Thomas Thurm

Recht

31 **Der Rechtsrat – kurz und bündig**
Erbringung vertragsärztlicher Leistungen ohne Zulassungsstatus
Norbert H. Müller

Stellvertreterklausel in Wahlleistungsvereinbarungen
Norbert H. Müller

Rubriken

4 **Personen und Hintergründe**
17/34 **Bücher**
35 **VLK-Intern**
36 **Impressum**

Foto: © fotomek/fotolia.com

8

Die Novellierung der GOÄ wird „vorgedacht".
Bundesärztekammer und PKV-Verband haben eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Sie enthält Grundsätze und Vorgaben zur Novellierung der GOÄ. Fraglich ist allerdings, ob die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode dieses Thema überhaupt aufgreifen wird.

Foto: © DOC RABE Media/fotolia.com

23

Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen unter der Lupe
In diesem Heft werden die Ergebnisse der von der gemeinsamen Koordinierungsstelle VLK/Bundesärztekammer vorgenommenen Bewertung weiterer Zielvereinbarungen dargestellt. Damit sind nun insgesamt 32 Zielvereinbarungstexte bewertet worden.

Foto: © slasnyi/fotolia.com

27

15. Kienbaum-Studie zur Gehaltsentwicklung von Führungskräften im Krankenhaus
Chefärzte rangieren im Vergütungsgefüge der Krankenhäuser an oberster Stelle, deutlich vor den Verantwortlichen der obersten Managementebene. Der Artikel veranschaulicht die wesentlichen Ergebnisse und Trends der 15. Kienbaum-Studie zur Gehaltsentwicklung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern.

VLK-Präsident turnusmäßig zum GDK-Vorsitzenden gewählt

Die Gesellschafterversammlung der Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK) wählte am 16.01.2014 den VLK-Präsidenten Prof. Dr. Hans-Fred Weiser zum Vorsitzenden der Gesellschafterversammlung und des Verwaltungsrats der GDK für die Amtsperiode vom 01.01.2014 bis 31.12.2015.

Gesellschafter der GDK sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands und der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands.

Hauptaufgabe der GDK ist es, in der Nachfolgefunktion für die Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus (ADK) die Deutschen Krankenhaustage vorzubereiten und durchzuführen.

Prof. Weiser ist gleichzeitig auch Kongresspräsident des 37. Deutschen Krankenhaustages, der vom 12. - 15. 11.2014 zeitgleich mit der MEDICA in Düsseldorf durchgeführt wird.

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Lutz Stroppe komplettiert die Führungsspitze im BMG

Seit dem 07. Januar 2014 ist Lutz Stroppe neuer beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit. Stroppe komplettiert damit neben den parlamentarischen Staatssekretärinnen im BMG Annette Widmann-Mauz und Ingrid Fischbach und neben dem beamteten Staatssekretär im BMG Karl-Josef Laumann die Riege der Staatssekretäre. Stroppe leitete ab 2001 das Büro von Altkanzler Dr. Helmut Kohl. Ab 2006 war er Bereichsleiter in der Bundesgeschäftsstelle der CDU und ab 2010 Leiter der Abteilung „Kinder und Jugend“ sowie ab 2012 Staatssekretär im Bundesfamilienministerium.

Lutz Stroppe

Dr. Andreas Köhler legt sein Amt nieder

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, gab am 16. Januar 2014 bekannt, dass er aus gesundheitlichen Gründen sein Amt zum 01. März 2014 aufgeben wird.

Köhler (53) bekleidete seit 2005 das Amt des Vorstandsvorsitzenden der KBV. Er war der erste hauptamtlich tätige Vorstandsvorsitzende nach der Organisationsreform des KV-Systems. Im November 2013 hatte er einen Herzinfarkt erlitten und erst wenige Tage vor Bekanntgabe seines Rückzugs seine Dienste in der KBV wieder angetreten.

Dr. Andreas Köhler

Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages konstituiert sich

Unter dem Vorsitz von Edgar Franke (SPD) hat sich der 37 Mitglieder zählende Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages konstituiert. Nachfolgend ist eine alphabetisch geordnete Zusammenstellung der 37 Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit aufgelistet.

Heike Baehrens
MdB SPD
Bankkauffrau
Diplom-Religionspädagogin
Geschäftsführerin
Geb. 1955

Quelle: SPD Parteivorstand/ Susie Knoll, Florian Jaenicke

Ute Bertram
MdB CDU/CSU
Bankfachwirtin
Geb. 1961

Quelle: Multimedia Datenbank der CDU Deutschlands

Burkhard Blienert
MdB SPD
Wissenschaftlicher Referent
Geb. 1966

Quelle: SPD Parteivorstand/ Susie Knoll, Florian Jaenicke

Sabine Dittmar
MdB
Ärztin
Geb. 1964

Quelle: Deutscher Bundestag / Achim Melde

Dr. Edgar Franke
MdB SPD
Vorsitzender
Jurist, Bürgermeister a.D.
Geb. 1960

Quelle: Deutscher Bundestag / Achim Melde

Dirk Heidenblut
MdB SPD
Geschäftsführer
Geb. 1961

Quelle: Dirk Heidenblut/Mike Henning

Rudolf Henke
MdB CDU/CSU
Stellv. Vorsitzender
Arzt
Geb. 1954

Quelle: Deutscher Bundestag / Lichtblick/Achim Melde

Michael Hennrich
MdB CDU/CSU
Rechtsanwalt
Geb. 1965

Quelle: Deutscher Bundestag / Achim Melde

Hubert Hüppe
Diplomverwaltungswirt
Geb. 1956

Quelle: Deutscher Bundestag / Renate Blanke

Erich Irlstorfer
MdB CDU/CSU
Außendienstmitarbeiter
Geb. 1970

Quelle: Erich Irlstorfer/Johannes Sieber

Marina Kermer
MdB SPD
Vorsitzende der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit Stendal
Geb. 1960

Quelle: Deutscher Bundestag / Stella von Saldern

Maria Klein-Schmeink
MdB Bündnis 90/Die Grüne
Soziologin
Geb. 1958

Quelle: Deutscher Bundestag / Achim Melde

Helga Kühn-Mengel
Diplom-Psychologin
Geb. 1947

Quelle: Deutscher Bundestag/ bildTeam Berlin/H. Barrientos

Dr. Roy Kühne
MdB CDU/CSU
Diplom-Sporttherapeut
Physiotherapeut
Geb. 1967

Quelle: Roy Kühne/Laurence Chaperon

Dr. Katja Leikert
MdB CDU/CSU
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Geb. 1975

Quelle: Katja Leikert/Laurence Chaperon

Karin Maag
MdB CDU/CSU
Ministerialdirigentin
Geb. 1962

Quelle: Deutscher Bundestag / Lichtblick/Achim Melde

Hilde Mattheis
MdB SPD
Lehrerin
Geb. 1954

Quelle: Deutscher Bundestag / Achim Melde

Reiner Meier
MdB CDU/CSU
Diplom-Verwaltungswirt
Geb. 1953

Quelle: Deutscher Bundestag / Renate Blanke

Maria Michalk
MdB CDU/CSU
Ökonom
Geb. 1949

Quelle: Deutscher Bundestag / H. J. Müller

Dietrich Monstadt
MdB
Rechtsanwalt
Geb. 1957

Quelle: Dietrich Monstadt/Heike Homs

Bettina Müller
MdB SPD
Krankenschwester
Rechtsanwältin
Geb. 1959

Quelle: SPD Parteivorstand/ Susie Knoll, Florian Jaenicke

Mechthild Rawert
MdB SPD
Diplom-Pädagogin
Diplom-Soziologin
Geb. 1957

Quelle: Deutscher Bundestag / Lichtblick/Achim Melde

Lothar Riebsamen
MdB CDU/CSU
Bürgermeister a.D.
Geb. 1957

Quelle: Deutscher Bundestag / H. J. Müller

Erwin Rüddel
MdB CDU/CSU
Diplom-Betriebswirt
Geb. 1955

Quelle: Deutscher Bundestag / Lichtblick/Achim Melde

Elisabeth Scharfenberg
MdB Bündnis 90/Die Grünen
Diplom-Sozialpädagogin (FH)
Berufsbetreuerin
Geb. 1963

Quelle: Deutscher Bundestag / Lichtblick/Achim Melde

Heiko Schmelzle
MdB CDU/CSU
Sparkassenbetriebswirt
Geb. 1970

Quelle: Heiko Schmelzle/ Martinus Ekkenga

Kordula Schulz-Asche
MdB Bündnis 90/Die Grünen
Krankenschwester
Kommunikations-
wissenschaftlerin
Geb. 1956

Quelle: Kordula Schulz-Asche/
Rainer Christian Kurzeder

Tino Sorge
MdB CDU/CSU
Jurist
Geb. 1975

Quelle: Multimedia Bilddatenbank der
CDU Deutschland, Laurence Chaperon

Jens Spahn
MdB CDU/CSU
Bankkaufmann, Politologe
Geb. 1980

Quelle: Deutscher Bundestag /
Achim Melde

Martina Stamm-Fibich
MdB SPD
Marketing- und
Kommunikationsmanagerin
Betriebswirtin
Geb. 1965

Quelle: Stamm-Fibich Martina/
Susie Knoll

Thomas Stritzl
CDU/CSU
Rechtsanwalt
Geb. 1957

Quelle: Multimedia Datenbank
der CDU Deutschlands,
Studioline Photography/Ines Cordes

Harald Terpe
MdB Bündnis 90/Die Grünen
Arzt
Geb. 1954

Quelle: Deutscher Bundestag /
Achim Melde

Kathrin Vogler
MdB Die Linke
Geschäftsführerin
Geb. 1963

Quelle: Deutscher Bundestag /
Achim Melde

Harald Weinberg
MdB Die Linke
Bildungsberater
Geb. 1957

Quelle: Deutscher Bundestag /
Lichtblick/Achim Melde

Birgit Wöllert
MdB Die Linke
Diplomlehrerin
Geb. 1950

Quelle: Birgit Wöllert/
Studio Prokopy Potsdam

Emmi Zeulner
MdB CDU/CSU
Examinierte Gesundheits-
und Krankenpflegerin
Geb. 1987

Quelle: Emmi Zeulner/Wolf Heider-Sawall

Pia Zimmermann
MdB Die Linke
Mediengestalterin
Geb. 1956

Quelle: Pia Zimmermann

Gerd Norden

Die Novellierung der GOÄ wird „vorgedacht“

Bundesärztekammer und PKV-Verband haben sich – unter Einschluss der „Beihilfe“ – am 11. November 2013 auf eine Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geeinigt.

In dieser Rahmenvereinbarung werden Grundsätze und Vorgaben zur Novellierung der GOÄ und zum Aufbau einer den Gesetz- und Verordnungsgeber bei der Novellierung und fortlaufenden Weiterentwicklung der GOÄ unterstützenden Gremien- und Beschlussinfrastruktur auf Selbstverwaltungsebene vereinbart.

Damit soll die Grundlage für die anschließende Detailarbeit geschaffen werden, deren Ziel es ist, einen ausformulierten, den Paragraphenteil und das Gebührenverzeichnis umfassenden Entwurf einer neuen GOÄ zu erarbeiten sowie Vorschläge für ggf. erforderliche Änderungen des gesetzlichen Rahmens zu unterbreiten.

Der Text dieser Rahmenvereinbarung ist nachfolgend im Wortlaut ebenso abgedruckt, wie die gemeinsame Positionierung der Bundesärztekammer und des PKV-Verbandes.

Bei nüchterner Betrachtung dieses Vorganges bleibt festzuhalten, dass diese Rahmenvereinbarung lediglich Vorschlagscharakter besitzt. Sie soll der Vorbereitung der Entwicklung der GOÄ- Novellierung dienen und dem Gesetzgeber signalisieren, dass Ärzteschaft und private Krankenversicherungsunternehmen zentrale Positionen für eine Überarbeitung der geltenden GOÄ im Vorfeld abgestimmt haben. Der Gesetzgeber kann, muss aber diese in der Rahmenvereinbarung dokumentierten und zwischen den Partnern der Vereinbarung konsentierten Essentials nicht übernehmen. Aller Erfahrung nach wird er aber bei dieser sensiblen und arbeitsintensiven Materie gerne darauf zurückgreifen.

Foto: © Mellimage/fotolia.com

Fraglich ist allerdings, ob die Bundesregierung dieses Thema überhaupt aufgreifen wird, da im Koalitionsvertrag – also im „Arbeitsprogramm“ der 18. Legislaturperiode – die Novellierung der GOÄ überhaupt keine Erwähnung findet.

Dennoch sollten die Aussagen dieser Rahmenvereinbarung durchaus kritisch hinterfragt und ihre möglichen Auswirkungen auf die Leitenden Krankenhausärzte sorgfältig analysiert werden. Auch wenn diese Rahmenvereinbarung ihrem Wesen noch keine finalen Detailregelungen enthält, so lassen die darin verankerten Essentials aber durchaus mögliche Stoßrichtungen einer anschließenden Novellierung erkennen.

Der VLK wird deshalb die auf der Grundlage dieser Rahmenvereinbarung zu erwartenden Formulierungsvorschläge insbesondere zu den Bereichen der Wahlarztkette, der persönlichen Leistungserbringung, der Honorarminderung und der möglichen Budgetierung des Gesamthonorarvolumens aufmerksam verfolgen und sich entsprechend positionieren.

In einem ersten Schritt hat der VLK die wirtschaftlichen Konsequenzen analysiert, die sich aus einer möglichen Umsetzung der Ziffer 7 dieser Rahmenvereinbarung ergeben könnten. Diese Analyse ist Bestandteil einer ersten gemeinsamen Positionierung des BDI, BDC und des VLK, die nachfolgend ebenfalls abgedruckt ist.

Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

zwischen

der Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern)
-nachfolgend BÄK genannt-

und

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
-nachfolgend PKV-Verband genannt-

Vorbemerkung

Der PKV-Verband und die BÄK schließen die nachfolgende Vereinbarung mit dem Ziel, dass die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften – nachfolgend Beihilfe genannt – dieser Vereinbarung durch Erklärung ihres Einvernehmens beitreten werden. Zu diesem Zweck hat der PKV-Verband die Beihilfe bereits in den Prozess der Abstimmung dieser Vereinbarung einbezogen. Die Vereinbarungspartner werden die Vereinbarung der zukünftigen Bundesregierung mit der Bitte um Zustimmung zur Prüfung vorlegen. Beide Vereinbarungspartner würden eine integrale Mitwirkung der Beihilfe an der Novellierung der GOÄ und in den in dieser Rahmenvereinbarung bereits angesprochenen Gremien und Strukturen sehr begrüßen. Vor diesem Hintergrund hat die Beihilfe im Text der vorliegenden Vereinbarung neben den beiden Vereinbarungspartnern eine gleichberechtigte Erwähnung gefunden.

Präambel

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist seit 1982 nur in Teilbereichen, zuletzt im Jahre 1996, aktualisiert worden. Wichtige Bereiche der Medizin sind im Gebührenverzeichnis der GOÄ auf dem Stand vom Ende der 1970er Jahre abgebildet. Es ist zwischen BÄK und PKV-Verband daher unstreitig, dass eine umfassende Überarbeitung der GOÄ im Interesse der Patienten und aller anderen Beteiligten geleistet werden muss.

Mit der Novellierung der GOÄ wird eine moderne Gebührenordnung geschaffen, die eine Referenz für die Abbildung und Vergütung ärztlicher Leistungen bildet und die die privatärztliche Abrechnung durch Beseitigung der sich mit der bisherigen seit 1982 in wesentlichen Belangen unverändert gebliebenen Fassung der GOÄ ergebenen Unschärfen vereinfacht und entbürokratisiert.

Einvernehmen besteht auch insoweit, als es beidseitig als unbedingt notwendig angesehen wird, die Bewertung der ärztlichen Leistungen (d.h. sowohl der ärztlichen als auch aller nichtärztlichen Leistungskomponenten) unter Heranziehung von Kostendaten und unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungserbringung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen neu vorzunehmen. Dabei besteht die Einigkeit darüber, dass die Gebührenordnung als eigenständige Abrechnungsgrundlage für privatärztliche Leistungen erhalten bleibt. Sie wird als umfassende Abbildung des gesamten ärztlichen Leistungsspektrums konzipiert und gibt im Sinne einer Referenzgebührenordnung Orientierung für andere Abrechnungssysteme. Dies setzt voraus, dass – anders als in der Vergangenheit – mit dem medizinischen Fortschritt und dem aktuellen Stand der Kostenentwicklung zeitnah eine regelmäßige Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses erfolgt.

BÄK und PKV-Verband werden eine möglichst baldige und umfassende Überarbeitung der GOÄ durchführen. Sie nehmen

damit gemeinsam auf die Ausgestaltung einer neuen GOÄ und der damit einhergehenden gesetzlichen Neuregelungen Einfluss und werden zu diesem Zweck dem Verordnungsgeber und dem im Verordnungsverfahren federführenden Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen gemeinsamen Vorschlag für eine neue GOÄ vorlegen.

Die BÄK und der PKV-Verband vereinbaren Grundsätze und Vorgaben zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und zum Aufbau einer den Gesetz- bzw. Verordnungsgeber bei der Novellierung und fortlaufenden Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ unterstützenden Gremien- und Beschlussinfrastruktur auf Selbstverwaltungsebene.

Ziele dieser Novellierung der GOÄ sind die Gewährleistung der ambulanten und stationären privatärztlichen Versorgung der durch eine private Krankenversicherung, die Beihilfe und sonstige Kostenträger krankenversicherten und selbstzahlenden Personen auf einem dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechenden Leistungs- und Qualitätsniveau durch eine für die zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten sowie für die Kostenträger transparente Abbildung und eine angemessene Vergütung der beruflichen Leistungen der Ärzte gemäß § 1 Absatz 1 GOÄ; dabei ist gemäß § 11 Satz 3 BÄO den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.

Die vorliegende Rahmenvereinbarung dient der Vorbereitung der Entwicklung dieses gemeinsamen Novellierungsvorschlags. Sie dokumentiert den Willen der Vertragsparteien, frühzeitig Positionen zu zentralen Gestaltungselementen und Regelungen einer neuen GOÄ abzustimmen. Damit wird eine Grundlage für die anschließende Detailarbeit geschaffen, die auf das Ziel gerichtet ist, einen ausformulierten, den Paragraphenteil und das Gebührenverzeichnis umfassenden Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte zu erarbeiten sowie Vorschläge für ggf. erforderliche Änderungen des gesetzlichen Rahmens zu unterbreiten.

Von der Rahmenvereinbarung soll das Signal ausgehen, dass BÄK und PKV-Verband willens und in der Lage sind, zum Wohle aller, insbesondere auch der durch eine private Krankenversicherung, die Beihilfe oder sonstige Kostenträger krankenversicherten und selbstzahlenden Personen, eine gemeinsame Lösung für die Neugestaltung der GOÄ und die damit zusammenhängende Anpassung des ärztlichen Gebührenrechts (insbesondere notwendige Anpassungen der BÄO zur Einrichtung einer Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ und einer gemeinsamen Datenstelle zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ) zu entwickeln. Damit wird gemeinsam der Anspruch erhoben, einen umfassenden und tragfähigen Vorschlag zur Weiterentwicklung der privatärztlichen Versorgung vorzulegen.

Im Folgenden werden die zwischen BÄK und PKV-Verband konsentierten Positionen zu den eine neue GOÄ prägenden Kernpunkten dargestellt. Es werden klare Zielvorgaben festgelegt. Die weitere Ausarbeitung soll im Anschluss an diese Vereinbarung gemeinsam und im Konsens erfolgen.

Zur Unterstützung des Verordnungsgebers sowie im Hinblick auf den notwendigen Interessensausgleich und die fachliche und wissenschaftliche Fundierung vereinbaren die BÄK und der PKV-Verband unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Legitimierung durch den Gesetzgeber und in deren Nachgang gegebenenfalls notwendiger Anpassung ihrer Satzungen die Gründung einer Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ mit Datenstelle im Sinne einer Selbstverwaltungslösung von Ärzteschaft und Kostenträgern, die sich die Novellierung, Weiterentwicklung und Pflege der ärztlichen Gebührenordnung zur Aufgabe macht und dem BMG bzw. dem Gesetz- und Verordnungsgeber diesbezüglich Empfehlungen gibt. Auch hierzu werden in der vorliegenden Rahmenvereinbarung Festlegungen getroffen.

1. Ausgestaltung der neuen GOÄ im angemessenen Interessenausgleich

Die Positionen der BÄK einerseits und der PKV/Beilhilfe andererseits zur Differenzierung, Struktur, Legendierung und Bewertung des Gebührenverzeichnisses und der Gebührenpositionen werden unter Beachtung der in der Präambel festgelegten Ziele in einen fairen und angemessenen, inhaltlich, medizinisch und ökonomisch plausiblen Interessenausgleich gebracht.

Die neue GOÄ wird wie die bisherige GOÄ als Einzelleistungsvergütung angelegt. Im Falle der regelhaften Kombination von Einzelleistungen in der Patientenversorgung können entsprechende arzt- und ablaufbezogene Leistungskomplexe gebildet werden. Soweit dies einer angemessenen Leistungsvergütung im

Einzelfall nicht entgegen steht, können in die Leistungskomplexe neben obligat zur erbringenden Einzelleistungen auch fakultativ zu erbringende Einzelleistungen mit einbezogen werden. Werden neben Gebührenpositionen für Leistungskomplexe auch Gebührenpositionen für in Leistungskomplexen enthaltene Einzelleistungen festgelegt, ist eine ungerechtfertigte Nebeneinander- oder Mehrfachabrechnung der jeweiligen Einzelleistungen über Abrechnungsbestimmungen, Leistungslegenden und Berechnungsausschlüsse in geeigneter Weise auszuschließen (Stärkung des Zielleistungsprinzips nach § 4 Abs. 2a GOÄ).

2. Bewertung, förderungswürdige Maßnahmen und Gebührenrahmen

Die Leistungsbewertungen der neuen GOÄ werden mit nicht unterschreitbaren sogenannten robusten Einfachsätzen festgelegt. Der robuste Einfachsatz entspricht der Summe der Bewertung der ärztlichen Leistungskomponente und dem „Marktpreis“ für den im Standard anfallenden Aufwand der in einer Gebührenziffer dargestellten nichtärztlichen Leistungskomponenten. Dieser Standard orientiert sich am Durchschnitt des bei hoher Leistungsqualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung für die nichtärztlichen Leistungskomponenten anfallenden Aufwands. Ergänzendes hierzu werden BÄK und PKV-Verband/Beihilfe im Bedarfsfall separat vereinbaren. Der robuste Einfachsatz wird mit Hilfe einer Kostenträgerzeitrechnung auf Basis des zu einem gemeinsamen Integrationsmodell weiterzuentwickelnden Modells der Bundesärztekammer für ärztliche Leistung, Personaleinsatz, technische Ausstattung und anfallende Kosten für Raummiete etc. betriebswirtschaftlich kalkuliert. Der im Modell der Bundesärztekammer enthaltene „Meritorikfaktor“ wird nicht übernommen. Ersatzweise werden sich Bundesärztekammer und PKV-Verband/Beihilfe auf eine angemessene Förderung besonders förderungswürdiger Leistungen bzw. Tatbestände verständigen.

Dabei werden beide Seiten im Einvernehmen Lösungen zur modellhaften Erprobung und Evaluation von Elementen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität entwickeln. Die sich hierbei bewährenden Elemente werden schnellstmöglich in die GOÄ überführt.

Bei Begründung der besonderen Schwere im Einzelfall, die insbesondere die ärztliche Leistung, aber auch andere Bereiche wie z. B. Nutzungszeit von Geräten oder Räumlichkeiten betreffen, kann der robuste Einfachsatz gesteigert werden. Die Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ macht präzisierend zu den Kriterien nach § 5 Abs. 2 GOÄ zu den zulässigen Ursachen und dem Umfang der Anwendung eines Steigerungssatzes sowie zur Notwendigkeit und Inhalt derer Begründung allgemeine und leistungs(gruppen)bezogene Vorgaben.

3. Zeitbezogene Gebührenpositionen

In geeigneter Weise werden zeitbezogene Gebührenpositionen in das Gebührenverzeichnis integriert und – soweit erforderlich – bei der Abfassung der Leistungslegenden die Umsetzung des Zeitleistungsprinzips weiter konkretisiert.

4. Laborleistungen

Die BÄK und die PKV-Verband/Beihilfe entwickeln im Rahmen der neuen GOÄ ein Laborkapitel unter besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Leistungskomponente, aktueller Kostenentwicklungen und einer rechtssicheren und wirtschaftlichen Regelung der Zuweiserpraxis/Beziehbarkeit von Laborleistungen.

5. Analogbewertungen

Zur verzögerungsfreien Abbildung innovativer und nicht in der GOÄ abgebildeter Leistungen wird das Instrument der Analogbewertung im Rahmen der Novellierung der GOÄ fortgeschrieben.

Dabei wird die Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ Vorgaben zur Handhabung der Analogabrechnung und zur möglichst frühzeitigen Überführung von Analogbewertungen für innovative Leistungen in eigene GOÄ-Gebührenpositionen festlegen und in geeigneter Weise veröffentlichen.

6. Wahlärztliche Vergütung / Wahlarztkette und persönliche Leistungserbringung

Die wahlärztliche Vergütung/Wahlarztkette wird unter folgender Prämisse beibehalten:

Hinsichtlich der Vertretung des Wahlarztes/der Wahlärztin wird konkretisiert, dass diese durch eine/n in der Wahlleistungsvereinbarung auszuweisende/n Vertretungsärztin/arzt erfolgt, welche/r die erforderlichen Qualifikationen für die Erbringung der Leistung erfüllt, d.h. „wie vom Wahlarzt/Wahlärztin erbracht“.

Dabei sind auch Regelungen zur Gesamtverantwortung des Wahlarztes
– für die persönliche Leistungserbringung, ihre/seine Vertretung und Delegation
– in Bezug auf die Hinzuziehung einer/s besonders qualifizierten Ärztin/Arztes für die Erbringung besonderer Leistungen und
– für die Autorisierung der sachlich korrekten Rechnungslegung zu treffen.

Zur Frage der Zulässigkeit der Abrechnung von Wahlleistungen durch und der Delegation wahlärztlicher Leistungen an im Krankenhaus tätige nicht am Krankenhaus angestellte Honorarärzte streben BÄK und PKV-Verband/Beihilfe eine rechtliche Klärung an.

7. Schnittstelle zur Vergütung von Krankenhausleistungen

An den bestehenden Prinzipien und Regelungen zur pauschalen Honorarminderung zur Vermeidung von Doppelvergütungen im Zusammenhang mit den vom Krankenhaus abgerechneten Vergütungen gemäß KHEntgG bzw. BPfIV bei stationärer wahlärztlicher oder stationärer belegärztlicher Behandlung wird vor dem Hintergrund der durch eine Novellierung der GOÄ nicht beeinflussbaren diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen der Krankenhausfinanzierung zunächst festgehalten. Unabhängig davon sind die pauschalen Abschlagssätze auf Basis der neuen GOÄ-Kalkulation zu überprüfen und ggf. anzupassen.

BÄK und PKV-Verband/Beihilfe wenden sich an den Gesetzgeber mit dem Ziel, dass Wege und Fristen zu einer leistungsgerechten Verknüpfung zwischen der Vergütung für Krankenhausleistungen und der GOÄ vereinbart werden.

8. Novellierung und Weiterentwicklung der GOÄ auf Selbstverwaltungsebene

Durch die Novellierung und eine künftig fortlaufende Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ wird eine zeitnahe und angemessene Berücksichtigung des Fortschritts der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie damit verbundener Qualitätsstandards, zukünftiger Kostenentwicklungen und zukünftiger Änderungen der Morbidität (insbes. neue Krankheitsbilder) gewährleistet.

Zur Novellierung und Weiterentwicklung der GOÄ richten die BÄK und PKV-Verband/Beihilfe eine paritätisch mit Vertretern der BÄK einerseits und des PKV-Verbands/der Beihilfe andererseits besetzte Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ für privatärztliche Leistungen ein, welche ihre Beschlüsse im Einvernehmen der beiden Parteien fasst und die sich zur Durchführung von Datenanalysen einer gemeinsamen Datenstelle bedient.

Die Letztverantwortung für die Novellierung und Weiterentwicklung der GOÄ entsprechend der von der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ beschlossenen Vorschläge verbleibt bei der Bundesregierung bzw. beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Das BMG und ein/e Vertreter/in der Länder haben in den Sitzungen der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ ständiges Gastrecht. Im Falle der Nichteinigung der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ kann das BMG ein Vermittlungsverfahren durchführen und trifft das BMG die Entscheidung.

Die Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ führt ein regelmäßiges Monitoring zur Überprüfung der Auswirkungen der Novellierung der GOÄ und deren anschließenden Pflege und Weiterentwicklung durch. Sie unterbreitet kontinuierlich Vorschläge zur Anpassung und Weiterentwicklung der GOÄ, insbesondere werden

- Fehlbewertungen unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung und der Entwicklung von Kennzahlen von PKV und Beihilfe sowie der Ergebnisse von Analysen der Honorarentwicklung auf Grundlage eines vereinbarten Regelwerkes untersucht und korrigiert,
- relevante Analogbewertungen identifiziert und Vorschläge zu deren Überführung in die GOÄ unterbreitet,
- Vorschläge für eine angemessene Abbildung des medizinischen Fortschritts und des gemeinsamen Qualitätsanliegens der Beteiligten vorgelegt
- Interpretationen der Abrechnungsbestimmungen der GOÄ vorgenommen und
- Vorschläge zu deren Anpassung entwickelt.

Zur gesetzlichen Legitimation und den Einzelheiten der Arbeit der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ und der Datenstelle wenden sich BÄK und der PKV-Verband/Beihilfe mit gemeinsamen Vorschlägen an die Bundesregierung bzw. das BMG

und treffen gesonderte Vereinbarungen. Diese umfassen insbesondere die Zurverfügungstellung der Daten, die vorzunehmenden Standardauswertungen, die personelle und sachliche Ausstattung, die Geschäftsführung und die Geschäftsordnung sowie die Rechtsform und die Finanzierung der Arbeit der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ und der Datenstelle.

9. Honorarentwicklung und Risikosteuerung

Die BÄK und PKV/Beihilfe werden vor Inkrafttreten der GOÄ festlegen, von welchem Honorarzuwachs (prozentual) über sämtliche Leistungsbereiche hinweg innerhalb der ersten 36 Monate nach Inkrafttreten der neuen GOÄ, d.h. in der Einführungsphase bis zum „eingeschwungenen Zustand", sie ausgehen.

Zur Vermeidung unerwünschter bzw. unbegründeter Honorarentwicklungen vereinbaren BÄK und PKV-Verband/Beihilfe geeignete Maßnahmen zur Erfassung der Auswirkungen der Novellierung und der an die Einführungsphase anschließenden Weiterentwicklung der GOÄ. Die Risikominimierung erfolgt durch eine frühzeitige Identifikation und Korrektur unerwünschter bzw. unbegründeter Honorarentwicklungen auf Basis eines gemeinsamen Regelwerks vorabgestimmter Wenn-Dann-Analysen der Datenstelle.

Das Regelwerk gibt verbindliche Maßnahmen vor, wie zu verfahren ist, um eine unerwünschte oder unbegründete Honorarentwicklung zu korrigieren. Die Anwendung des Regelwerkes kann nicht zum Gegenstand eines Schlichtungsverfahrens gemacht werden.

10. Förderung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung

BÄK und PKV/Beihilfe verständigen sich über die Details einer gemeinsam getragenen Qualitätsoffensive mit u.a. folgenden Inhalten:

a. Konkretisierung der persönlichen Leistungserbringung (vgl. Nr. 6)
b. Qualifikations-, Ausstattungs- und Strukturvoraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung von hochkomplexen Leistungen und der Behandlung von hochkomplexen Fällen
c. Abgabe gemeinsamer Bewertungen zur medizinischen Notwendigkeit innovativer Leistungen für die Patienteninformation und als Basis für unternehmensindividuelle Entscheidungen zu Leistungseinschluss/-ausschluss über die Versicherungsbedingungen
d. Gemeinsame, auch speziell themenbezogene Initiativen zur Kommunikation der medizinischen Notwendigkeit z.B. von Impfungen und Primärprävention/Vorsorge, inklusive Kommunikation einer gemeinsamen Bewertung zu einem Mindestleistungskatalog für die Versorgung in der privaten Krankenversicherung / Beihilfe

11. Weiteres Vorgehen

Die BÄK und die PKV/Beihilfe bilden eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit den folgenden Zielen:

a. Einigung auf die GOÄ-Kalkulationsmethodik, Modellstruktur und Kostenbeteiligung an der Modellentwicklung bis zum 31.12.2013
b. Einigung auf Vorschläge der für die Realisierung der neuen GOÄ notwendigen gesetzlichen Grundlagen, insbesondere durch Anpassung der BÄO sowie Entwürfe für darüber hinaus notwendige vertragliche Vereinbarungen zur Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ und zur Datenstelle bis zum 31.12.2013.
c. Einigung auf eine gremienreife Entwurfsfassung der neuen GOÄ insbesondere inklusive Leistungslegenden, Punktzahlen und Punktwerten bis möglichst zum 31.12.2014.

Sobald die gremienreife Entwurfsfassung der neuen GOÄ vorliegt, werden nach gemeinsamen Vorgaben der BÄK und PKV/Beihilfe Simulationsberechnungen angefertigt, die eine Abschätzung der Auswirkungen einer Einführung der neuen GOÄ auf die Honorarentwicklung ermöglichen.

Die BÄK und die PKV/Beihilfe werden nach Abschluss der Rahmenvereinbarung eine weitere gemeinsame Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung detaillierter Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung auf Basis der vorgenannten Eckpunkte nach Nr. 10 einsetzen.

Berlin und Köln, den 08. November 2013

Bundesärztekammer

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Dr. Birgit König, Dr. Bernhard Rochell

Bundesärztekammer und PKV-Verband einigen sich auf gemeinsames Konzept zur Novellierung der GOÄ

Die aus dem Amt geschiedene schwarz-gelbe Bundesregierung hatte sich in ihrem Koalitionsvertrag "Wachstum. Bildung. Zusammenhalt." vom 26. Oktober 2009 noch darauf verständigt, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei die Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Diese Bundesregierung hat dann die Novellierung der GOÄ hinter die Novellierung der zum 01.01.2012 abgeschlossenen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zurückgestellt, und eine vorherige Einigung zwischen der Bundesärztekammer und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) auf ein gemeinsames Konzept zur Voraussetzung einer Novellierung der GOÄ gemacht. Nachdem die Einigungsversuche zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband im Jahr 2012 noch ohne Erfolg geblieben waren, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erklärt, dass die Inkraftsetzung einer neuen GOÄ bis zum Ende der 17. Legislaturperiode im Jahr 2013 nicht mehr möglich sei. Zugleich hat das BMG seine Aufforderung an die Bundesärztekammer und den PKV-Verband zur Einigung auf einen gemeinsamen Masterplan für die GOÄ-Novellierung erneuert und bekräftigt.

Dieser Aufgabe sind beide Institutionen mit der Ratifizierung ihrer Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ am 11. November 2013 nun gerecht geworden. Die Rahmenvereinbarung umfasst im Wesentlichen folgende Inhalte:

– das Ziel einer umfassenden Novellierung der GOÄ in 2014 und deren anschließende stetige Weiterentwicklung und Pflege in einer den Verordnungsgeber unterstützenden gemeinsamen Gremien- und Beschlussstruktur auf Selbstverwaltungsebene unter gleichberechtigter Einbeziehung der Beihilfe auf Kostenträgerseite,

– die für die Novellierung und künftige Weiterentwicklung der GOÄ notwendige gemeinsame Datenhaltung und Analyse,

– die Einigung auf die Grundsätze des Bewertungsverfahrens und die Nutzung des Entwurfes des Gebührenverzeichnisses GOÄneu der Bundesärztekammer als Basis für die Entwicklung einer von beiden Seiten getragenen „Integrationsversion“ der GOÄneu,

– die Einigung über die Anwendung und Weiterentwicklung wesentlicher Stellgrößen für die Abrechnung und Interpretation der GOÄneu (z.B. Instrumente der Analogbewertung und des Gebührenrahmens, wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus, Erprobung neuer Versorgungselemente) sowiedie Einigung auf gemeinsame Maßnahmen zur Stärkung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung.

Die Novellierung der GOÄ und deren anschließende kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege soll nach gemeinsamer Ansicht der Vereinbarungspartner folgenden Zielen dienen:

– Ablösung der in Teilen 31 Jahre alten GOÄ (letzte Teilrevision 1996, letzte Gesamtrevision 1982) durch eine moderne, dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Gebührenordnung

– Stärkung der Transparenz, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit der GOÄ

– Kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege, damit Innovationen künftig frühzeitig aufgenommen werden und

– Gewährleistung eines fairen und angemessenen, inhaltlich, medizinisch und ökonomisch

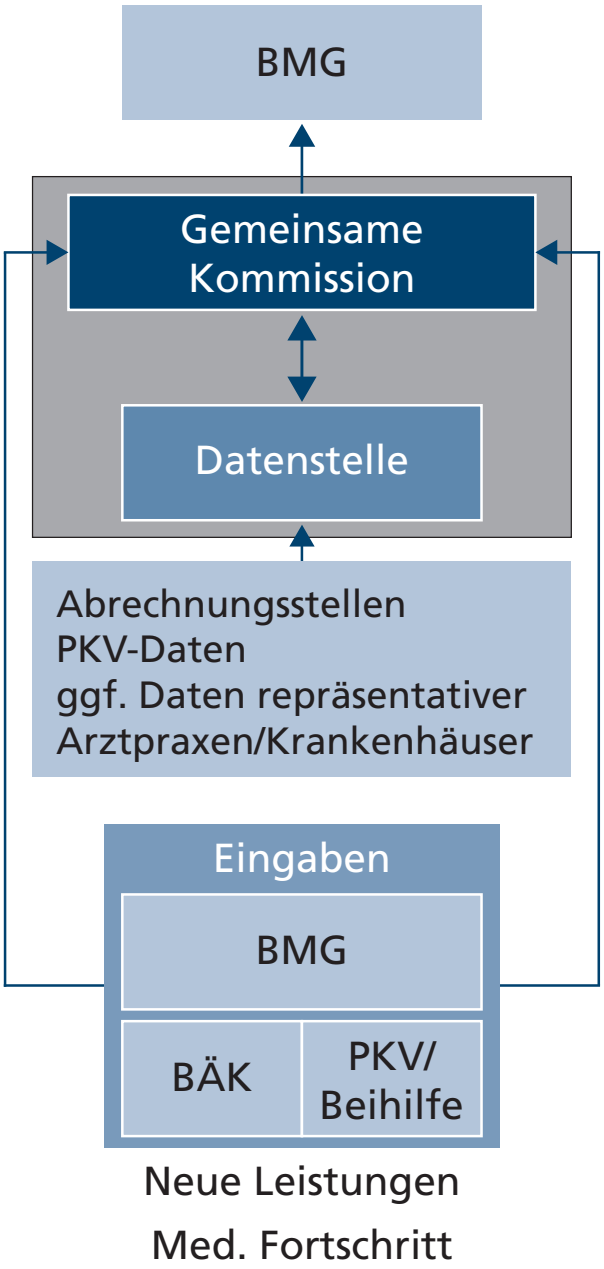
plausiblen Interessenausgleiches zwischen den Betroffenen unter Erhaltung der in § 11 Satz 3 BÄO festgeschriebenen Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte:
- keine ökonomische Überforderung der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten
- angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Zur Umsetzung ihrer Vereinbarung wollen die Bundesärztekammer und der PKV-Verband unter gleichberechtigter Einbeziehung der Beihilfe auf der Kostenträgerseite eine „Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ“ mit Gastrecht für das BMG und die Bundesländer mit einer gemeinsamen Datenstelle gründen. Die noch gesetzlich zu fundierende Kommission soll sich die Weiterentwicklung und Pflege der ärztlichen Gebührenordnung zur kontinuierlichen Aufgabe machen und dem in der Letztverantwortung für den Erlass von Vorgaben zur GOÄ bleibenden BMG bzw. Gesetz- und Verordnungsgeber diesbezügliche Empfehlungen geben (Abbildung). Die Kommission soll ihre Beschlüsse einvernehmlich fassen. Im Falle der Uneinigkeit sehen die Vereinbarungspartner die Option eines Vermittlungsverfahrens beim BMG sowie den Letztentscheid durch das BMG als Lösung an.

Unerwünschte bzw. unbegründete Honorarentwicklungen – ob nach oben oder nach unten – sollen insbesondere in der auf 36 Monate angelegten Einführungsphase der neuen GOÄ durch ein vereinbartes Monitoring auf Basis eines gemeinsamen Regelwerks vorabgestimmter Wenn-Dann-Analysen der geplanten gemeinsamen Datenstelle frühzeitig identifiziert und korrigiert werden.

Die Vereinbarungspartner haben sich zum Ziel gesetzt, der Bundesregierung möglichst bis zum Ende des Jahres 2014 einen gemeinsamen Gesamtentwurf der GOÄneu inklusive eines vollständig überarbeiteten Gebührenverzeichnisses vorzulegen.

Die Bundesärztekammer und der PKV-Verband haben mit dem Abschluss ihrer Vereinbarung betont, dass sie eine integrale Mitwirkung der Beihilfe an der Novellierung der GOÄ und in den in dieser Rahmenvereinbarung bereits angesprochenen Gremienstrukturen begrüßen. Vor diesem Hintergrund hat die Beihilfe in dem Text der vorliegenden Vereinbarung neben den beiden Vereinbarungspartnern eine gleichberechtigte Erwähnung gefunden.



Die Bundesärztekammer und der PKV-Verband sind sich sicher, mit der vorliegenden Vereinbarung die geeigneten Voraussetzungen für eine in einem fairen Interessenausgleich stattfindende Novellierung der GOÄ geschaffen zu haben.

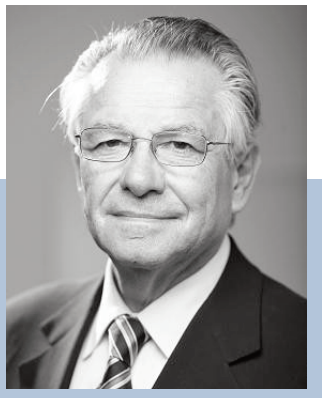
Sie haben sich daher gemeinsam an die politisch Verantwortlichen der neuen Bundesregierung mit der dringenden Bitte gewandt, die Novellierung der GOÄ auf die Regierungsagenda zu setzen und mit Priorität zu behandeln. Abbildung: Von Bundesärztekammer und PKV-Verband geplante Selbstverwaltungslösung für die Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ.

Verfasser:
· Dr. Birgit König, Vorsitzende des Vorstandes der Allianz, Private Krankenversicherung AG
· Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Dr. Hans-Friedrich Spies, Vizepräsident des BDI

Reform der GOÄ

Wie sieht die neue PKV aus?



Dr. Hans-Friedrich Spies

Die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist überfällig. Die Abrechnungen von neuen Leistungen über Analogziffern nehmen überhand, die Rechtssicherheit nimmt damit bei der Rechnungstellung für den Patienten ab. Der BDI will die Systematik des bisherigen GOÄ erhalten, möchte aber Leistungsinhalt und Leistungsbewertung wieder angepasst wissen. Wie sieht die neue PKV aus?

Der BDI hat bei den Verhandlungen zur Gebührenordnung für Ärzte von Anfang an drei Essentials definiert, die für den Erhalt der derzeitigen privaten Krankenversicherung unabdingbar sind.

- Es besteht ein privater Vertrag zwischen Arzt und Patient und kein Vertragsverhältnis mit seiner Privatversicherung. Der BDI lehnt eine Öffnungsklausel ab.
- Die Rechnungstellung erfolgt im Gegensatz zur GKV individuell nach dem Schweregrad der Erkrankung und des Eingriffs. Dazu sind in ausreichender Form Multiplikatoren notwendig, um die Besonderheiten abbilden zu können.
- Analogziffern sind unerlässlich. Ein verbindlicher Leistungskatalog, wie er im EBM formuliert ist und vom gemeinsamen Bundesausschuss definiert wird, passt nicht in eine deutsche private Krankenversicherung seitherigen Zuschnitts. Ohne eine konsequente Umsetzung von Analogziffern gleichen sich der Leistungskatalog von gesetzlich und privat Versicherten an.

Verhandlungslösung vom BMG eingefordert

Grundsätzlich ist es rechtlich möglich, dass die Bundesärztekammer alleine einen entsprechenden Vorschlag ausarbeitet und diesen an das Bundesgesundheitsministerium weiterreicht, damit dies eine Rechtsverordnung erlassen kann. Das bisherige System wurde von Anfang an dadurch unterbrochen, dass vom Bundesgesundheitsministerium eine Verhandlungslösung zwischen Bundesärztekammer und PKV eingefordert wurde. Genau die oben beschriebenen Essentials sollten bei den Verhandlungen durch die PKV aufgeweicht werden. Insbesondere die geforderte Öffnungsklausel für Verträge zwischen Ärzten und einer privaten Krankenkasse macht die neue Denke der PKV deutlich. Dementsprechend schwierig gestalteten sich die Verhandlungen, sodass man nicht mehr mit einer Einigung rechnen konnte. Gleichzeitig fand vor der Bundestagswahl eine Diskussion über die Bürgerversicherung statt. Den gesundheitspolitisch Interessierten war klar, dass so etwas eine einheitliche Gebührenordnung für Ärzte und alle Krankenkassen voraussetzt. Bürgerversicherung ist Einheitsgebührenordnung. Wohl unter dem politischen Druck dieser Diskussion haben sich die Bundesärztekammer und die privaten Krankenversicherungsträger auf ein Papier geeinigt, dass noch im Detail ausgefüllt werden muss. Es wurde noch schnell in der letzten Legislaturperiode dem Bundesgesundheitsministerium übermittelt, mit der Hoffnung, dass im Jahre 2014 der endgültige Wortlaut einer GOÄ nach den eingereichten Vorgaben feststeht. Man hat sich sozusagen noch beeilt, um einer einheitlichen Gebührenordnung im Rahmen einer Bürgerversicherung zuvor zu kommen.

Was steht in der Vereinbarung?

Was steht in dem neuen Papier, was ist aus den oben beschriebenen Essentials in der Vereinbarung zwischen der PKV und der Bundesärztekammer übrig geblieben? In der Präambel wird festgehalten, dass es sich um einen Vertrag zwischen diesen beiden Partnern handelt, dass aber die Beihilfe bereits mit einbezogen wurde. Es wird nicht klargestellt, dass die Beihilfe voll zugestimmt hat. Es gibt unverändert einen Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient und nicht zwischen Arzt und Privatkrankenkasse. Die Öffnungsklausel, die von den Privaten gefordert wurde, hat nicht Eingang in das Papier gefunden. Bei Durchsicht der Details fällt aber auf, dass die zukünftige Rechnungstellung des Arztes durch engere Vorgaben der Gebühren-

ordnung für Ärzte und damit weniger flexibel als bisher erfolgen wird. Es werden neue Kommissionen eingerichtet, über die die Krankenkassen in die Rechnungstellung mehr als bisher eingreifen können. Auf diesem Wege werden sie über die gemeinsame Arbeit mit der Bundesärztekammer ein indirekter Vertragspartner. Auffallend ist, dass Strukturelemente des EBM und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden. Die Leistungen werden auf betriebswirtschaftlicher Basis neu kalkuliert. Das Ganze erinnert an den Bewertungsausschuss und die Diskussion über den derzeit gültigen EBM. Auch hier wurde, wie offensichtlich vorgesehen, eine Teilung in einen ärztlichen und technischen Anteil der Leistung ermittelt. Es ist auch vorgesehen, nicht mehr nur eine Einzelleistungsvergütung wie seither anzubieten, auch Leistungskomplexe sind möglich. Eine gemeinsame Kommission soll die GOÄ insgesamt weiterentwickeln. Zu ihren Aufgaben gehört auch eine Einschränkung der Multiplikatoren und der Umsetzung von Analogziffern. Man spricht in dem Papier von robusten Einfachsätzen. Analogbewertungen bleiben, aber sie werden durch die gemeinsame Kommission von Bundesärztekammer und PKV begleitet und ggf. in die Regelversorgung überführt. Auf eine wichtige Frage in diesem Zusammenhang gibt das Papier keine Antwort: Es ist denkbar, dass eine neue Leistung auch bei einer neuen GOÄ über Analogziffern abgerechnet wird, aber sich PKV und Bundesärztekammer einigen, dass diese Leistungen nicht in der GOÄ fixiert wird. Die Frage bleibt offen, ob hier eine Art Erlaubnisvorbehalt wie im EBM durch die Hintertür eingeführt wird.

Der EBM hat Pate gestanden

Zieht man ein Fazit, so erkennt man, dass die EBM-Struktur in der gesetzlichen Krankenversicherung durchaus Pate dieser neuen GOÄ gestanden hat. Ordnungspolitisch nähert sich die PKV der GKV an. So hat sich auch die Bundesärztekammer eine Regelung aufs Auge drücken lassen, nach der nach etwa drei Jahren die Entwicklung der Gesamtausgaben in der PKV überprüft wird und entsprechende Konsequenzen bei Überschreiten im Vergleich zu den jetzigen Ausgaben angedroht werden. Damit werden nicht nur Elemente des EBM in die GOÄ übernommen, es gibt sogar einen Budgetierungsansatz. Politisch wird jetzt verständlich, dass die Herren Spahn und Lauterbach sich nicht mehr mit der Bürgerversicherung als Diskussionspunkt aufhalten mussten. Die Annäherung der PKV an die GKV wird von den Partnern Bundesärztekammer und PKV-Verband auch ohne politisches Zutun geregelt. Ein endgültiges Angleichen ist nur noch eine Frage der Zeit.

Folgen für die Krankenhäuser

Zusätzlich interessant sind die Folgen für die Krankenhausversorgung. Hier haben wir es bisher mit einer DRG-Abrechnung zu tun, der EBM hat hier keine Gültigkeit. Die Abrechnung der Ärzte erfolgt über die GOÄ, gleichgültig ob der betroffene Arzt investiert hat oder für zusätzliche Kosten wie im ambulanten Bereich aufkommen muss. Dies wird ausgeglichen durch einen Rechnungsabschlag von 25 % in Hauptabteilungen und 15 % in B-Abteilungen. Diese Regelung will man als Übergangslösung beibehalten. Es gehört nicht viel Fantasie dazu, dass sich die ärztliche Liquidation nach diesen Vorschlägen im Krankenhausbereich z. B. bei einer Chefarztbehandlung auf den ärztlichen Anteil der Leistung begrenzen wird. Dies dürfte für die Höhe der Rechnung von entscheidender Bedeutung sein, wird aber auch das bisherige Vertragsverhältnis und die Abgaben des Chefarztes an das Krankenhaus beeinflussen.

Bücher

dka Deutsches Krankenhaus Adressbuch 2013

Klinik – Diagnostik – interdisziplinäre Therapie

Verlag: Rombach, Freiburg 2013
Gebundene Ausgabe,
1000 Seiten
ISBN 978-3-7930-0855-2
55,50 EUR

Das Buch ist in 8 Abschnitte gegliedert: 1. Deutsche Krankenhäuser ortsalphabetisch, 2. Deutsche Rehabilitationseinrichtungen und Sanatorien, 3. Beratungseinrichtungen, 4. Behörden und Dienststellen, 5. Verbände und Versicherungsträger, 6. Krankenhäuser in Österreich. 7. Krankenhäuser in der Schweiz, 8. Bezugsquellennachweis

Tilo Radau, Gerd Norden

Anmerkungen des VLK, des BDC und des BDI zur Rahmenvereinbarung zwischen BÄK und PKV-Verband vom 8. November 2013

Vorbemerkung

Die nachfolgend aufgeführten Kritikpunkte beziehen sich auf die ab Seite 6 der Rahmenvereinbarung zwischen BÄK und PKV-Verband vom 8. November 2013 dargestellten Festlegungen und nehmen die entsprechende Nummerierung auf:

1. Ausgestaltung der neuen GOÄ im angemessenen Interessensausgleich

– Die neue GOÄ soll weiterhin als Einzelleistungsvergütung ausgelegt werden, was ausdrücklich begrüßt wird.
  Die Bildung von Leistungskomplexen ist grundsätzlich ebenfalls zu begrüßen. Eine Entscheidung zur Bündelung von Leistungen alleine anhand von gebräuchlichen Abrechnungsziffern (nach dem Motto: Das wird immer zusammen abgerechnet) führt zu Fehlern und Anwendungsschwierigkeiten. Hier kommt es auf kompetente fachliche Beratung bei der Bildung von Leistungskomplexen an. Vermieden werden muss eine ökonomisch gesteuerte Bildung von Leistungskomplexen analog zum DRG System.

2. Bewertung, förderungswürdige Maßnahmen und Gebührenrahmen

– Der sogenannte robuste Einfachsatz spiegelt die Summe der Bewertung der ärztlichen Leistungskomponente und dem „Marktpreis“ für den im Standard anfallenden Aufwand in einer Gebührenziffer wider. Hier hat der EBM bei der Entwicklung Pate gestanden, wo eine Teilung in einen ärztlichen und technischen Teil der Leistung bereits Gang und Gäbe ist. Bemerkenswert ist, dass es sich bei den robusten Einfachsätzen um Durchschnittswerte handeln soll und somit Steigerungen bei höherer Morbidität quasi ausgeschlossen sind.
– Nur bei Begründung der besonderen Schwere kann im Einzelfall der robuste Einfachsatz gesteigert werden. Eine Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ von BÄK und PKV-Verband werden hierzu die Kriterien präzisieren.
– Über diese neue Kommission werden die Krankenversicherungen mehr als bisher in die Rechnungsstellung eingreifen können. Sie werden auf diesem Weg über die gemeinsame Arbeit mit der BÄK ein direkter Vertragspartner. Strukturelemente aus der Gesetzlichen Krankenversicherung – hier der Gemeinsame Bundesausschuss – sind unverkennbar.

Tilo Radau

4. Laborleistungen

– Die Laborleistungen sind vielen ein Dorn im Auge. Oftmals werden sie als „nicht ärztliche“ Leistungen bezeichnet. Die Bemühungen, diese Ausgaben zu beschränken, gehen sogar so weit, als dass Facharztbezeichnungen in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern die Weiterbildungsmöglichkeiten im Laborbereich eingeschränkt werden.

Foto: © fotomek/fotolia.com

5. Analogbewertungen

– Das Prinzip der Analogbewertungen soll zur Abbildung innovativer und bisher nicht in der GOÄ abgebildeter Leistungen fortgeschrieben werden. Allerdings soll die gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ Vorgaben zu der Handhabung der Analogabrechnungen festlegen. Es ist denkbar, dass somit eine neue Leistung grundsätzlich über Analogziffern abgerechnet wird, aber sich PKV und BÄK einigen, diese Leistung nicht in die GOÄ zu übernehmen. Hier bleibt die Frage offen, ob hier eine Art Erlaubnisvorbehalt (EBM!) durch die Hintertür eingeführt wird.

7. Schnittstelle zur Vergütung von Krankenhausleistungen

– An der pauschalen Honorarminderung zur Vermeidung von Doppelvergütungen im Zusammenhang mit den vom Krankenhaus abgerechneten Vergütungen wird zunächst festgehalten. Zum besseren Verständnis der Auswirkungen dieser Regelung findet sich in der Anlage eine umfangreiche Ausarbeitung unter dem Titel „Anlage zu 7. Schnittstelle zur Vergütung von Krankenhausleistungen“.

8. Novellierung und Weiterentwicklung der GOÄ auf Selbstverwaltungsebene

– Die bereits angesprochene Gemeinsame Kommission zur Pflege- und Weiterentwicklung der GOÄ wird paritätisch mit Vertretern der Bundesärztekammer einerseits und des PKV-Verbandes/der Beihilfe andererseits besetzt. Im Zuge dessen soll eine gemeinsame Datenstelle errichtet werden, welche die zukünftige Bewertung und Novellierung der GOÄ vereinfachen soll. Die Letztverantwortung für die Novellierung der GOÄ soll auf Grundlage der beschlossenen Vorschläge von der Gemeinsamen Kommission weiterhin bei der Bundesregierung bzw. beim BMG verbleiben.
– Das BMG kann in die Gemeinsame Kommission einen ständigen Vertreter entsenden.

Sofern sich die Partner der Gemeinsamen Kommission nicht einigen können, trifft das BMG die Entscheidung. Für Empfehlungen zur Analogabrechnung von Leistungen gab es ein solches Instrument in der Vergangenheit bereits – der Zentrale Konsultationsausschuss. Dieser wurde in der Vergangenheit jedoch kaum angehört. Es bedarf somit also einer Verhaltensänderung aller Beteiligten, damit dieses Instrument zukünftig wirksam wird.

9. Honorarentwicklung und Risikosteuerung

– BÄK und PKV wollen vor Inkrafttreten der neuen GOÄ festlegen, welcher Honorarzuwachs innerhalb der ersten 3 Jahre zu erwarten sein wird. Damit werden nicht nur Elemente des EBM in die GOÄ übernommen, nun gibt es sogar einen Budgetierungsansatz. Wenn man die finanziellen Auswirkungen bei einer GOÄ-Novellierung berechnen will, dann ist der Ausgangspunkt die Frage, welche Daten herangezogen werden und wie diese ausgewertet werden. Auch die Vergleichsbasis muss festgelegt werden. Hier scheint die derzeitige G'OÄ aufgrund ihrer veralterten Struktur nicht geeignet. Zudem fehlt über alle privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe eine einheitliche Datensammlung.

10. Förderung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung

– Die Gefahr in einer solchen Qualitätsoffensive liegt darin festlegen zu wollen, welche Leistungen medizinisch notwendig sind. Damit wird, wie bereits geschildert, ein Instrumentarium analog zum G-BA geschaffen und eine GKVisierung im PKV Markt erreicht. Ein solcher "Pseudo-G-BA" soll der PKV erleichtern, zukünftig ihren Versicherten Leistungen vorenthalten zu können. Es bleibt zu befürchten, dass ähnlich wie in der GKV zur Durchsetzung dieser Forderung die Ärzteschaft herangezogen wird. Dies gilt es zu verhindern.

– Es kann nicht Aufgaben einer Gebührenordnung sein, besondere Präventionsleistungen bzw. förderungswürdige Leistungen über das Honorar zu steuern. Dies muss politisch bzw. in den Tarifbedingungen geschehen. Den Patienten über das Honorar für den Arzt zur Vorsorge zu motivieren sprengt den Charakter einer Gebührenordnung.

Fazit:

Die in der Rahmenvereinbarung dargelegten Fakten zur Novellierung der GOÄ deuten auf eine Annährung der GOÄ und EBM hin (zum Beispiel Kalkulation der GOP in ärztliche und technische Leistungen). Der Einsatz von Multiplikatoren als Ausdruck des Schweregrades wird erschwert, da die Kalkulation des neuen, robusten Einfachsatzes als Durchschnittswert angelegt ist. Die Bewertung und Anerkennung von Analogziffern für neue Behandlungsmethoden wird über eine gemeinsame Kommission gesteuert, so dass zukünftig auch denkbar ist, dass neue medizinische Verfahren keinen Eingang in das Honorarspektrum finden – Übernahme des Erlaubnisvorbehaltes des EBM durch die Hintertür. Die angesprochene gemeinsame Kommission von Bundesärztekammer und PKV hat als Vorbild den Bewertungsausschuss von KV und Kassen und den Gemeinsamen Bundesausschuss mit ministerieller Aufsicht. Auch wenn die Krankenhäuser nicht am Verhandlungstisch von BÄK und KBV sitzen, könnte ihre Finanzierung gefährdet werden.

Stand 29. Januar 2014

Anlage zu 7. Schnittstelle zur Vergütung von Krankenhausleistungen

I. Position der Rahmenvereinbarung zur wahlärztlichen Vergütung

Ziffer 7 der Rahmenvereinbarung befasst sich mit der Vergütung stationärer wahlärztlicher Leistungen durch die neue GOÄ und deren Verknüpfung mit der Vergütung für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung. Die Rahmenvereinbarung sieht insoweit im Zusammenhang mit der Novellierung der GOÄ ein zweistufiges Vorgehen vor:

1. Stufe

Die bestehenden Prinzipien und Regelungen zur pauschalen Honorarminderung zur Vermeidung von Doppelvergütungen im Zusammenhang mit den vom Krankenhaus abgerechneten Vergütungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sollen zunächst fortgelten. Innerhalb des fortgeltenden Systems soll allerdings die pauschale Gebührenminderung gemäß § 6a Abs.1 GOÄ von derzeit 25% „auf Basis der neuen GOÄ-Kalkulation überprüft und ggf. angepasst" werden.

2. Stufe

In einem zweiten Schritt sollen „Wege und Fristen zu einer leistungsgerechten Verknüpfung zwischen der Vergütung für Krankenhausleistungen und der GOÄ" vereinbart werden. Wie diese leistungsgerechte Verknüpfung, also die neue wahlärztliche Vergütungsregelung, aussehen soll, lässt die Rahmenvereinba-

rung völlig offen mit Ausnahme des Umstandes, dass offensichtlich die bisherige Systematik (s.o.) insgesamt durch eine wie auch immer geartete vollständige Neuregelung ersetzt werden soll.

II. aktuelle Gesetzeslage

Für das Verständnis der Aussagen der Rahmenvereinbarung zur zukünftigen wahlärztlichen

Vergütung ist eine kurze Darstellung des aktuellen Systems der wahlärztlichen Vergütung mit Honorarminderung nach GOÄ einerseits und Kostenerstattung nach KHEntgG bzw. BPflV andererseits erforderlich. Die Funktionsweise dieses Systems und die sich hieraus ergebenden Verteilung des wahlärztlichen Honorars sollen anhand des folgenden Beispiels verdeutlicht werden:

Die Vergütung wahlärztlicher Leistungen erfolgt ebenso wie die Vergütung ambulanter privatärztlicher Leistungen durch niedergelassene Ärzte nach der GOÄ. Für das Beispiel wird nun angenommen, dass für eine fiktive wahlärztliche Leistung („Chefarztleistung") grundsätzlich ein GOÄ-Honorar von 100,- € vorgesehen ist. Dies ist das Honorar, welches dem Arzt zustehen würde, wenn er die Leistung ambulant in seiner Praxis erbracht hätte. Da die betreffende Leistung aber als wahlärztliche Leistung im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht wurde, ist das „ambulante Honorar" von 100,- € gem. § 6a Abs. 1 GOÄ um 25 % zu mindern. Das Honorar für dieselbe ärztliche Leistung beträgt also bei Erbringung als wahlärztliche Leistung „nur" 75,- €. Dies ist der von dem Wahlleistungspatient („Privatpatient") zu zahlende Betrag.

Von dem vereinnahmten Honorar i.H.v. 75,- € hat der liquidationsberechtigte (Chef-)Arzt aufgrund der gesetzlichen Vorgabe des KHEntgG bzw. der BPflV eine sog. Kostenerstattung in Höhe von pauschal 20 % bzw. bei sog. „technischen Leistungen" (insbesondere Labor und Radiologie) von pauschal 40 % des (fiktiven) ursprünglichen Honorars (sog. Bruttorechnungsbetrag), also des Honorars vor Abzug der Gebührenminderung gem. § 6a Abs.1 GOÄ , an den Krankenhausträger zu leisten. Dies führt im Beispiel zu einer Abgabe von 20,- € (20 % von 100,- €) bzw. bei sog. technischen Leistungen von 40,- € (40 % des Bruttorechnungsbetrages). Von dem vom Patienten tatsächlich zu zahlenden Honorar hat der liquidationsberechtigte Arzt also 26,7 % bzw. bei technischen Leistungen 53,3 % an den Krankenhausträger abzuführen.

Das nach Vornahme der Gebührenminderung und nach Abführung der Kostenerstattung an den Krankenhausträger verbleibenden Honorar von 55,- € bzw. bei technischen Leistungen

von 35,- € stellt aber keineswegs den „Verdienst" des Arztes dar. Er muss vielmehr weitere erheblich Honoraranteile an Dritte weitergeben:

So muss der Arzt aufgrund entsprechender Vereinbarung in seinem Dienstvertrag in aller Regel neben der Kostenerstattung eine weitere prozentuale Abgabe an den Krankenhausträger leisten, welche als „Vorteilsausgleich" bezeichnet wird, wobei die Summe aus Kostenerstattung und Vorteilsausgleich häufig als „Nutzungsentgelt" bezeichnet wird. Weitere Beträge muss der Arzt für Rechnungsstellung und Einzug seiner Honorare aufwenden.

Schließlich hat er auch die nachgeordneten Ärzte seiner Abteilung, die an der Erbringung der

wahlärztlichen Leistungen beteiligt waren, nach den zwingenden Vorgaben des Standesrechts und in einigen Ländern auch der Landeskrankenhausgesetze zu beteiligen.

Damit ergibt sich für den liquidierenden Arzt folgende Gesamtrechnung:

100,- € = (fiktiver) sog. Bruttorechnungsbetrag, wie er bei ambulanter Leistungserbringung zu zahlen wäre

(-) 25,- € = Honorarminderung gem. § 6a Abs.1 GOÄ 75,- € = vom Patienten zu zahlendes Honorar und damit Bruttoliquidationseinnahme des Wahlarztes
(-) 20,-/40,- € = Kostenerstattung des Arztes an den Krankenhausträger 55,-/35,- € = (verbleibendes) Arzthonorar für wahlärztliche Leistung
(-) sog. Vorteilsausgleich an den Krankenhausträger
(-) Kosten für Rechnungsstellung und Einzug
(-) zwingende Mitarbeiterbeteiligung nach Standesrecht und teilweise auch nach Landeskrankenhausrecht

III. Mögliche Folgen der Neuregelung der wahlärztlichen Vergütung

Die in der 1. Stufe (s.o. Ziffer I.) beabsichtigte „Überprüfung und ggf. Anpassung" des Minderungssatzes gemäß § 6a GOÄ beinhaltet – insbesondere unter Berücksichtigung entsprechender Bestrebungen der PKV - die Möglichkeit, dass es zu einer Steigerung der pauschalen Gebührenminderung gemäß § 6a Abs.1 GOÄ in Höhe von derzeit 25 % bzw. 15 % kommt mit dem Argument, dass die bisherige Minderung zur vollständigen Vermeidung einer doppelten Vergütung von Sachkosten, welche der Privatpatient bereits mit den Krankenhausentgelten (DRG's) bezahlt hat, zu gering sei

unter Zugrundelegung der zur Novellierung der GOÄ ermittelten Kalkulationsdaten. Eine solche stärkere Gebührenminderung hätte für die betroffenen Gruppen folgende weitreichende Konsequenzen:

1. PKV-Unternehmen

Eine Anhebung der Gebührenminderung in der GOÄ kommt zu 100 % den privaten Krankenversicherern bzw. deren Mitgliedern zugute in Form einer Kürzung der Honorare für wahlärztliche Leistungen. Wahlärztliche Leistungen werden schlicht und einfach „billiger".

2. Ärzte

a) Leitende Ärzte

Die Erbringung wahlärztlicher Leistungen erfolgt durch die leitenden Ärzte/Chefärzte des Krankenhauses. Als Leistungserbringer sind die leitenden Ärzte/Chefärzte in aller Regel an den wahlärztlichen Vergütungen wirtschaftlich beteiligt. Die Art und Weise und der Umfang der Beteiligung ist allerdings in den einzelnen Chefarztverträgen sehr differenziert geregelt, wobei auf eine Darstellung der Einzelheiten an dieser Stelle verzichtet werden soll. Als wesentliches Faktum ist insoweit festzuhalten, dass ein großer Teil der Chefärzte von einer Anhebung der Gebührenminderung, also einer Absenkung der wahrärztlichen Honorare, massiv finanziell betroffen wäre. Es gilt insoweit hervorzuheben, dass die Anteile an der wahlärztlichen Vergütung, welche dem Chefarzt aufgrund seines Dienstvertrages mit dem Krankenhausträger zustehen, fast immer einen wesentlichen Teil der Gesamtvergütung des Chefarztes darstellen. Mit anderen Worten bezahlen die Krankenhäuser ihre Chefärzte also zu einem erheblichen Teil in Form einer wie auch immer ausgestalteten Beteiligung an den Einnahmen aus wahlärztlichen Leistungen. Mit einer Minderung der wahlärztlichen Vergütung und damit der Vergütung des Chefarztes würde der Gesetzgeber also zwangsläufig in die Arbeitsverträge fast aller Chefärzte eingreifen mit der Folge, dass sich mehr oder minder zwangsläufig die Frage nach arbeitsrechtlichen finanziellen Ausgleichsansprüchen des Chefarztes als Arbeitnehmer gegenüber dem Krankenhausträger als seinem Arbeitgeber stellen wird. Umgekehrt stellt sich für den Krankenhausträger die Frage der zukünftigen Finanzierung der Chefarztgehälter, wenn wahlärztliche Einkünfte hierzu nur noch in vermindertem Umfang zur Verfügung stehen. Angesichts dieser Ausgangslage erscheint eine Fülle arbeitsrechtlicher Auseinandersetzungen geradezu vorprogrammiert.

b) nachgeordnete Ärzte

Wie unter Ziffer II. bereits ausgeführt, erhalten in aller Regel auch nachgeordneten Ärzte, die an der Erbringung der wahlärztlichen Leistungen beteiligt sind, nach den zwingenden Vorgaben des Standesrechts und in einigen Ländern auch der Landeskrankenhausgesetze Anteile an der wahlärztlichen Vergütung (sog. Mitarbeiterbeteiligung). Dies gilt insbesondere für den oberärztlichen Bereich. Kürzungen der wahlärztlichen Honorare führen damit automatisch auch zu Einkommensverlusten im Bereich der nachgeordneten Ärzte.

3. Krankenhausträger

Die Krankenhausträger sind praktisch immer in erheblichem Umfang an den Einnahmen aufgrund der Erbringung wahlärztlicher Leistungen beteiligt. Entweder sie erhalten von dem liquidationsberechtigten Chefarzt ein Nutzungsentgelt (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich, siehe die Darstellung unter Ziffer II.) oder sie liquidieren die wahlärztlichen Leistungen unmittelbar selbst. Die Annahme, dass eine Kürzung der wahlärztlichen Honorare in Form einer erhöhten Gebührenminderung allein oder zu forderst ein „Problem gut bezahlter Chefärzte" ist, wäre also völlig verfehlt. Vielmehr droht insbesondere den Krankenhausträgern die empfindliche Beschneidung einer wichtigen Einnahmequelle, welche in Zeiten kaum noch auskömmlicher Krankenhausfinanzierung durch Investitionskostenförderung und Pflegesätze nicht unterschätzt werden darf.

4. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Eine Absenkung des wahlärztlichen Vergütungsniveaus hat zwar zunächst keine unmittelbaren Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung. Eine Betrachtungsweise wonach die gesetzliche Krankenversicherung nicht betroffen ist, ginge allerdings an der Realität vorbei. Die oben dargestellte Finanzierungslücke im Krankenhausbereich, welche bei substantieller Absenkung des wahlärztlichen Vergütungsniveaus drohen würde, hätte zwangsläufig mittelbar auch Auswirkungen auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Form höherer Kosten und/oder einer geringeren Leistungsfähigkeit und eines sich daraus ergebenden niedrigeren Leistungsniveaus der Krankenhäuser in Folge erforderlicher Sparmaßnahmen.

Verfasser:
- Dipl.-Betriebswirt Tilo Radau, Geschäftsführer des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Wiesbaden
- Dipl.-Volkswirt Gerd Norden, HGF des VLK

Gerd Norden

Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen unter der Lupe Teil III

Der Gesetzgeber hat vor dem Hintergrund des sogenannten Transplantationsskandals mit dem neu geschaffenen Paragraphen 136a SGB V der Deutschen Krankenhausgesellschaft auferlegt, in ihren Beratungs-und Formulierungshilfen für Verträge mit Leitenden Krankenhausärzten eine Empfehlung im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abzugeben, die sicherstellt, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sind. Damit soll insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gesichert werden.

Trotz dieser Vorgabe des Gesetzgebers bleibt festzuhalten, dass Zielvereinbarungen mit Leitenden Krankenhausärzten abgeschlossen wurden und werden, die sowohl dem Wortlaut und/oder der Intention dieser Vorgaben widersprechen. Aus diesem Grunde haben der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und die Bundesärztekammer eine Gemeinsame Koordinierungsstelle eingerichtet, in der konkrete Zielvereinbarungstexte mit Leitenden Krankenhausärzten einer Bewertung dahingehend unterzogen werden, ob sie der vorgenannten Empfehlung der DKG entsprechen.

In Heft 10/2013 und Heft 12/2013 der Verbandszeitschrift "Arzt und Krankenhaus" wurden die Bewertungsergebnisse der Koordinierungsstelle zu den ersten 23 Zielvereinbarungstexten publiziert. Nachfolgend finden Sie die Bewertungsergebnisse weiterer neun Zielvereinbarungstexte. Soweit hierbei ein Verweis auf die „Faustregel gem. Ziffer 4.3“ erfolgt, ist damit das Bewertungskriterium gemeint, das auf Seite 295 in Heft 10/2013 der Verbandszeitschrift definiert wurde.

Foto: © DOC RABE Media/fotolia.com

Bewertung der Zielvereinbarungen 024 - 032

Zielvereinbarung 024

Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für

- wirtschaftliche Führung der Klinik. (Nennung der Zielmarge des Unternehmens in Höhe von 15%. Beurteilung über die wirtschaftliche Führung der Klinik erfolgt einseitig durch die Geschäftsführung.)
- rechtzeitige Freigabe der Arztfreigaben,
- Reduzierung des Resturlaubs der ärztlichen Mitarbeiter,
- angemessene Beteiligung an

den Tagdiensten im Notarztdienst,
– rechtzeitiges und zeitnahes und ganzjähriges Diktieren der Entlassungsbriefe,
– Öffentlichkeitsarbeit,
– Durchführung und Dokumentation der strukturierten, jährlichen Mitarbeitergespräche,
– Einhaltung der OP-Checkliste,
– Etablierung von Standard Operating Procedures (SOP),
– Unterstützung bei der Verwendung des CIRS-Konzeptes,
– sorgfältige Durchführung der Händedesinfektion,
– Umsetzung des hauseigenen Antibiotikastandards,
– BQS Pneumonie, Auffälligkeiten in maximal 2 Bereichen,
– BQS SM, Auffälligkeiten in maximal 2 Bereichen.

Bewertung:

– **Bonus für wirtschaftliche Führung:**
Grundsätzlich widerspricht eine Zielvereinbarung, die eine Bonuszahlung für die wirtschaftliche Führung einer Klinik vorsieht, weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V.Dieses Element der Zielvereinbarung ist in seiner allgemeinen Form **grundsätzlich akzeptabel**, da leitende Krankenhausärzte auch eine ökonomische Verantwortung in ihr medizinisches Handeln einzubeziehen haben. Als Maßstab gilt hier die Faustregel, die folgendes besagt:
„Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung und das dadurch bedingte ärztliche Handeln beeinflusst.“

Konkret ist dieses Element der Zielvereinbarung **nicht bewertbar**, weil es in der Formulierung zu intransparent und unklar gehalten ist.

Kritisch ist auch anzumerken, dass die Entscheidung über die Beurteilung über die wirtschaftliche Führung der Klinik einseitig durch die Geschäftsführung erfolgt und dass die dem Chefarzt bekanntgegebene Zielmarge des Unternehmens mit 15% als unrealistisch angesehen wird.

– **Bonuszahlung für rechtzeitige Freigabe der Arztfreigaben, Reduzierung des Resturlaubs der ärztlichen Mitarbeiter, angemessene Beteiligung an den Tagdiensten im Notarztdienst, rechtzeitiges und zeitnahes und ganzjähriges Diktieren der Entlassungsbriefe, Öffentlichkeitsarbeit, Durchführung und Dokumentation der strukturierten, jährlichen Mitarbeitergespräche, Einhaltung der OP-Checkliste, Etablierung von SOP, Unterstützung des CIRS-Konzeptes, sorgfältige Durchführung der Händedesinfektion, BQS Pneumonie, BQS SM:**
Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung sind diese Elemente der Zielvereinbarung **dem Grunde nach als Kriterien geeignet**, da sie in ihrer allgemeinen Formulierung weder gegen den Wortlaut noch gegen die Intention des § 136 a SGB V verstoßen.

– **Bonuszahlung für Umsetzung des hauseigenen Antibiotikastandards durch Reduktion des Antibiotikaverbrauchs 2013 gegenüber 2011 um 20%:**
Abzulehnen, da dieses Element der Zielvereinbarung der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.

Zielvereinbarung 025

Inhalt der Zielvereinbarung:
– Bonuszahlung für eine Verbesserung des Deckungsbeitrages II im Vergleich zum Vorjahr

Bewertung:

– **Bonuszahlung für Verbesserung des Deckungsbeitrages II:**
Bedingt akzeptabel. Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erwirtschafteten Deckungsbeitrag dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel“ (siehe Ziffer 4.3) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.
Anmerkung:
Diese Formulierung der Zielvereinbarung ist **grenzwertig** im Sinne der Bewertungskriterien, da sie geeignet ist, ärztliche Indikationen durch Bonusgewährung zu beeinflussen.

Zielvereinbarung 026

Inhalt der Zielvereinbarung:
Anhebung der Relativgewichte auf 2.100, ersatzweise Anhebung der OPs auf 1.008.

Bewertung:

– **Anhebung der Relativgewichte**
Abzulehnen, da dies der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
– **Ersatzweise: Anhebung der Anzahl der OPs:**
Abzulehnen, da dies dem Wortlaut des § 136 a SGB V widerspricht.

Zielvereinbarung 027

Inhalt der Zielvereinbarung:
– Bonuszahlung für Erreichung einer vereinbarten Zahl von Case-Mix-Punkten auch für stationäre Behandlung
– Bonuszahlung für die Einhaltung des vereinbarten stationären und ambulanten Kostenrahmens (Personalkosten ärztlicher Dienst/Personal-

kosten medizinisch-technischer Dienst/Kosten für Arzneimittel und medizinischen Bedarf)
– Bonuszahlung für Unterstützung von Qualitätsmanagement, Zertifizierung der Abteilung, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Mitentwicklung alternativer Versorgungsformen, aktive Beteiligung an Strukturmaßnahmen, aktive Mitgestaltung ressourcensparender Arbeitszeitmodelle, hohe Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit.

Bewertung:
– **Bonuszahlung für Erreichung von Case-Mix-Punkten:**
Abzulehnen, da dieses Element der Zielvereinbarung der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
– **Bonuszahlung für Einhaltung des Kostenrahmens:**
Bedenklich, da der leitende Krankenhausarzt in der Regel keine Personalhoheit besitzt und bei der Vorbereitung des Stellenplans für den ärztlichen und medizinisch-technischen Dienst seiner Abteilung allenfalls Gelegenheit zur Stellungnahme erhält.

Sofern der Stellenplan für den ärztlichen und medizinisch-technischen Dienst der Abteilung nicht einvernehmlich zwischen dem leitenden Krankenhausarzt und der Leitung des Krankenhauses verabschiedet wurde, ist dieses Element der Zielvereinbarung daher abzulehnen.

Wurde das Personalkostenbudget einvernehmlich verabschiedet, dann kann unter Beachtung der „Faustregel" (Ziffer 4.3) dieses Element der Zielvereinbarung in Einzelfällen akzeptabel sein. Hierbei muss sichergestellt sein, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch fachlichen Gesichtspunkten mit entscheiden können.
Vorstehendes gilt auch für die Bonuszahlung bei Einhaltung der Sachkosten und der Kosten für Arzneimittel und medizinischen Bedarf.
– **Einhaltung der vereinbarten Managementziele:**
Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung dieser Elemente der Zielvereinbarungen sind sie **dem Grunde nach als Kriterien geeignet,** da sie weder gegen den Wortlaut noch gegen die Intention des § 136 a SGB V verstoßen.

Zielvereinbarung 028

Inhalt der Zielvereinbarung:
Prämienzahlung für
– Erreichung einer bestimmten Anzahl von Bewertungsrelationen der Fachabteilung
– Senkung der Loss/Profit-Rate (L/P-Rate) für den Bereich Innere Medizin

Bewertung:
– **Prämienzahlung für Erreichung von Bewertungsrelationen:**
Abzulehnen, da dieses Element der Zielvereinbarung gegen die Intention des § 136 a SGB V verstößt.
– **Prämienzahlung für Senkung der L/P-Rate:**
Abzulehnen, da dieses Element der Zielvereinbarung gegen die Intention des § 136 a SGB V verstößt.

Zielvereinbarung 029

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlung für
– Erreichung einer vorgegebenen Fallzahl
– Erreichung einer vorgegebenen Zahl von Relativgewichten
- Erreichung einer bestimmten CMI
– Erreichung einer vorgegebenen Verweildauer
– Erreichung einer bestimmten Zahl von Berechnungstagen.
– Zusätzliche Bonuszahlung für Erreichung des EBIDTA (Betriebswirtschaftliche Rentabilitäts-Kennzahl i. S. eines Deckungsbeitrages)
– Verbesserung der Ergebnisse in der Patienten- und Zuweiserbefragung
– Organisation von mindestens 2 Veröffentlichungen pro Jahr in der örtlichen Presse über die Qualität der medizinischen Behandlung
– Durchführung „Tag der offenen Tür" der Abteilung
– Planung, Leitung und Durchführung des Projektes „Zertifizierung"
– Mitarbeit bei der Vernetzung niedergelassener Ärzte
– Ausbau der ambulanten/stationären Vernetzung- Durchführung von Mitarbeitergesprächen
– „Nullstellung" der Urlaubsansprüche der Mitarbeiter zum Jahresende

Bewertung:
– **Bonuszahlung für Erreichen vorgegebener Fallzahlen:**
Abzulehnen, da dieses Element der Zielvereinbarung dem Wortlaut des § 136 a SGB V widerspricht.
– **Bonuszahlung für Erreichung von Relativgewichten, Case-Mix-Index-Punkten, Verweildauer und Berechnungstagen:**
Abzulehnen, da diese Elemente der Zielvereinbarung der Intention des § 136 a SGB V widersprechen.
– **Bonuszahlung für Erreichung des EBIDTA:**
Bedingt akzeptabel. Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel" (siehe

Ziffer 4.3) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.
Dies ist für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Eher akzeptabel ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

– **Bonuszahlungen für Verbesserung der Ergebnisse in der Patientenbefragung, Veröffentlichungen, Tag der offenen Tür:**
Grundsätzlich positiv, da diese Maßnahmen dazu geeignet erscheinen, das Image des Krankenhauses zu verbessern.

– **Bonuszahlungen für Zertifizierung, Mitarbeit bei der Vernetzung niedergelassener Ärzte, Ausbau der ambulanten/stationären Vernetzung, Durchführung von Mitarbeitergesprächen, Einhaltung der Urlaubstage im laufenden Jahr:**
Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung dieser Zielvereinbarungselemente sind sie **dem Grunde nach als Kriterien geeignet,** da sie weder gegen den Wortlaut noch gegen die Intention des § 136 a SGB V verstoßen.

Zielvereinbarung 030

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlung für
– Optimierung der Verweildauersteuerung
– Optimierung der Entlassplanung
– Erreichung einer vorgegebenen Anzahl von Case-Mix-Punkten
– Erreichung oder Verbesserung des Jahresergebnisses

Bewertung:

– **Bonuszahlung für Optimierung der Verweildauersteuerung, Optimierung der Entlassplanung, Erreichung von Case-Mix-Punkten:**
Abzulehnen, da diese Elemente der Zielvereinbarung der Intention des § 136 a SGB V widersprechen.

– **Bonuszahlung für Erreichung bzw. Überschreitung des Jahresergebnisses:**
Bedingt akzeptabel. Nur insoweit wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel" (siehe Ziffer 4.3) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.

Zielvereinbarung 031

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlung für
– Einhalten der Sachkosten und Personalbesetzung der Abteilung
– Teilnahme und Unterstützung bei der Zertifizierung des Krankenhauses
– Einführung neuer Behandlungsmethoden und Prozessoptimierung
– Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung
– Beteiligung an Strukturmaßnahmen des Krankenhauses

Bewertung:

- **Bonuszahlung für Einhaltung des Sachkosten- und Personalbudgets der Abteilung:**
Bedenklich, da der leitende Krankenhausarzt in der Regel keine Personalhoheit besitzt und bei der Vorbereitung des Stellenplans für den ärztlichen und medizinisch-technischen Dienst der Abteilung allenfalls Gelegenheit zur Stellungnahme erhält.
Sofern der Stellenplan für den ärztlichen und medizinisch-technischen Dienst der Abteilung nicht einvernehmlich zwischen dem leitenden Krankenhausarzt und der Leitung des Krankenhauses verabschiedet wurde, ist dieses Element der Zielvereinbarung daher abzulehnen.
Wurde das Personalkosten-Budget einvernehmlich verabschiedet, dann kann unter Beachtung der „Faustregel" (siehe Ziffer 4.3) dieses Element der Zielvereinbarung in Einzelfällen akzeptabel sein. Hierbei muss sichergestellt sein, das Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch fachlichen Gesichtspunkten mit entscheiden können.
Diese Bewertung gilt für die Einhaltung des Sachkostenbudgets sinngemäß.

– **Bonuszahlung für Unterstützung der Zertifizierung, Einführung neuer Behandlungsmethoden, Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung, Beteiligung an Strukturmaßnahmen des Krankenhauses.**
Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung sind diese Elemente der Zielvereinbarung **dem Grunde nach als Kriterien geeignet,** da sie weder gegen den Wortlaut noch gegen die Intention des § 136 a SGB V verstoßen.

Zielvereinbarung 032

Inhalt der Zielvereinbarung:
– Prämienzahlung pro Eingriff
– Leistungsprämie für Steigerung der Bewertungsrelationen der Abteilung

Bewertung:

– **Prämienzahlung je Eingriff:**
Abzulehnen, da dieses Element der Zielvereinbarungen dem Wortlaut des § 136 a SGB V widerspricht.

– **Leistungsprämie für Steigerung der Bewertungsrelationen der Abteilung:**
Abzulehnen, da dieses Element der Zielvereinbarungen der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.

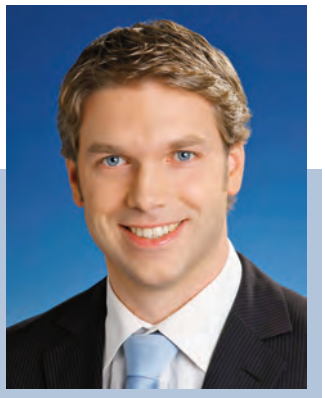
Diplom-Ökonom Thomas Thurm

Auf die richtige Zusammensetzung kommt es an

Ergebnisse und Trends der 15. Kienbaum-Studie zur Gehaltsentwicklung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern

Klinikunternehmen stehen im Wettbewerb weiterhin vor großen Herausforderungen, ein Großteil der Einrichtungen schreibt rote Zahlen. Auf den Branchenakteuren lastet daher ein massiver Druck, der dazu führt, dass die internen Strukturen und Prozesse zunehmend in Frage gestellt und fortlaufend optimiert werden. Diese Veränderungen erfordern motivierte und leistungsfähige Mitarbeiter und dementsprechend funktionierende Anreizsysteme. Die prekäre Lage am Arbeitsmarkt und der intensive Wettbewerb um Spitzenkräfte machen es zudem dringend erforderlich, das eigene Vergütungssystem regelmäßig auf seine Marktkonformität zu überprüfen und anzupassen.

Die Unternehmensberatung Kienbaum verfolgt die Entwicklungen der Branche seit vielen Jahren in ihrer Vergütungsstudie „Führungs- und Fachkräfte in Krankenhäusern". Seit 1997 werden jährlich Fragebogenerhebungen in deutschen Krankenhäusern durchgeführt, was einen sehr fundierten empirischen Überblick über die Vergütungssituation der Branche verschafft. An der aktuellen Neuauflage beteiligten sich 123 Kliniken verschiedener Größenordnungen und Trägerschaften und stellten Vergütungsinformationen zu



Thomas Thurm

mehr rund 3.000 Positionen bereit, mit einem Schwerpunkt auf den medizinischen Funktionen. Neben Angaben zur Ausgestaltung der Vergütung (Höhe und Zusammensetzung der Bezüge,

Foto: © slasny/fotolia.com

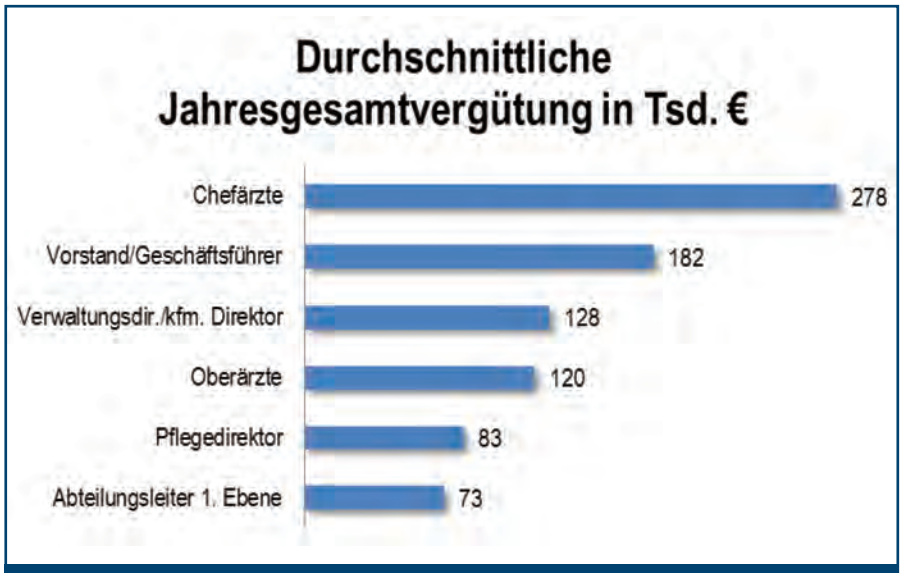


Abb. 1: Durchschnittliche Jahresgesamtvergütung in Tsd. €

Ausgestaltung der variablen Vergütung, betriebliche Altersversorgung, Dienstwagen etc.) werden Strukturmerkmale des Unternehmens (Größe, Budget, Trägerschaft etc.) und individuelle Merkmale der Positionsinhaber (z. B. Ausbildung, Dauer der Positionszugehörigkeit, Personalverantwortung, Alter) erhoben, um angesichts der zahlreichen Einflussfaktoren auf die Vergütung ein möglichst differenziertes Bild von der Vergütungspraxis zu erzeugen.

Chefärzte in der Vergütung vorn

Chefärzte rangieren im Vergütungsgefüge von Krankenhäusern typischerweise an oberster Stelle, deutlich vor den Verantwortlichen der obersten Managementebene. Oberärzte liegen in der Gesamtbetrachtung deutlich vor den meisten anderen Schlüsselakteuren des Unternehmens, wie etwa den Verwaltungs- und Pflegedirektoren und den Führungskräften der ersten Berichtsebene der Verwaltung (Personalleiter etc.). Abbildung 1 stellt die durchschnittlichen Jahresgesamtbezüge ausgewählter zentraler Akteure gegenüber.

Dieser Überblick zeigt in einer sehr aggregierten Form die „Wertigkeiten" der Positionen im Krankenhaus, ist jedoch als Maßstab im konkreten Einzelfall nicht geeignet, da sich die Vergütungen in der Praxis in einer sehr hohen Bandbreite bewegen und von einer Vielzahl spezifischer Faktoren abhängen.

Ein Blick auf die Verteilung der Chefarztvergütung (Abbildung 2) zeigt, welch enorme Unterschiede es einerseits gibt (Spanne von 80.000 € bis über 750.000 €), und verdeutlicht, dass der Durchschnittswert von 278.000 € nur eine grobe Indikation liefert, denn immerhin liegen über 20 % der Positionsinhaber mit ihrer Vergütung unter 150.000 € und etwa 10 % oberhalb von 500.000 € pro Jahr.

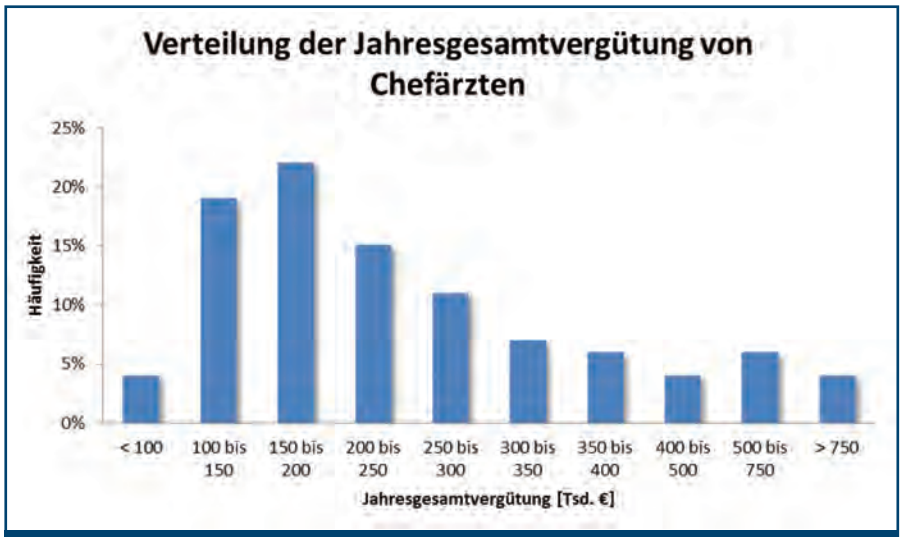


Abb. 2: Verteilung der Jahresgesamtvergütung von Chefärzten

Vielzählige Einflussfaktoren

Die Breite der Chefarztvergütung ist zurückzuführen auf die Vielzahl an Einflussfaktoren, von denen die Vergütungshöhe der Mediziner abhängt. Dabei handelt es sich einerseits um strukturelle Merkmale der Klinik bzw. der verantworteten Abteilung sowie andererseits um persönliche Merkmale des Positionsinhabers:

» Allen voran ist das medizinische Fachgebiet des Chefarztes von großer Relevanz für die Vergütungshöhe. In der Inneren Medizin beispielsweise liegt der marktübliche Vergütungsrahmen (statistisch: die Spanne vom unteren bis zum oberen Quartil der Einzelwerte) bei 160.000 € bis 390.000 €. Zu den „Top-Verdienern" zählen auch die orthopädischen Chefärzte sowie die Kollegen in den radiologischen Fächern und in der Chirurgie. In der Pädiatrie hingegen liegt der Vergütungsrahmen bei lediglich 130.000 € bis 210.000 €.

» Ebenfalls von hoher Bedeutung ist die Größe des Krankenhauses, in der ein Chefarzt tätig ist. In Kliniken mit weniger als 250

Beschäftigten liegt der marktübliche Vergütungsrahmen bei 140.000 € bis 270.000 € (durchschnittlich 230.000 €); in Häusern mit mehr als 2.000 Beschäftigten bei 190.000 € bis 440.000 € (durchschnittlich 380.000 €). Ähnlich deutliche Unterschiede zeigen sich, wenn man die Gehaltsdaten nach der Bettenzahl, der jährlichen Fallzahl oder dem Budget einer Einrichtung analysiert.

» Ein nennenswerter Einfluss geht auch von der regionalen Verortung eines Krankenhauses aus. Die durchschnittliche Jahresgesamtvergütung eines Chefarztes in den alten Bundesländern liegt bei 290.000 €, der Vergleichswert für die neuen Bundesländer liegt bei 230.000 €. Diese erhebliche Differenz liegt vor allem in der üblicherweise unterschiedlichen Vertragsgestaltung (in den neuen Bundesländern wird nur selten ein Privatliquidationsrecht eingeräumt) und dem im Osten deutlich niedrigeren Privatliquidationsvolumen begründet. Es ist allerdings festzustellen, dass sich die Schere zwischen der Vergütung in den alten und neuen Bundesländern deutlich schließt – zu Beginn des Jahrtausends lag das Ost-Niveau bei etwa 50 % der Vergütung westdeutscher Chefärzte, aktuell bereits bei knapp 80 %.

» Maßgeblich für Höhe der Vergütung ist auch die Personalverantwortung eines Chefarztes. Leiter kleinerer medizinischer Abteilungen (bis zu fünf unterstellte Mitarbeiter) liegen bei etwa 130.000 € bis 240.000 €, Chefärzte größerer Abteilungen (mehr als 25 Mitarbeiter) erhalten 190.000 € bis 380.000 €.

» Unter den persönlichen Einflussfaktoren kann man die Berufserfahrung deutlich hervorheben. Chefärzte mit maximal 15 Jahren Berufserfahrung verdienen im Durchschnitt rund 100.000 € weniger als ältere Kollegen mit 20 und mehr Jahren Erfahrung.

Aufgrund der Vielzahl und Stärke der Einflussfaktoren und der zwischen ihnen bestehenden Wechselwirkungen lassen sich aus diesen eher globalen Vergütungsaussagen kaum Rückschlüsse auf spezifische Einzelfallkonstellationen ziehen. Es ist dann vielmehr eine „maßgeschneiderte" Analyse unter Berücksichtigung der spezifischen Rahmenbedingungen erforderlich, um zu belastbaren Ergebnissen zu gelangen.

Chefarztvergütung rückläufig

Schon seit Jahren weist die Vergütung der Chefärzte eine rückläufige Tendenz auf. Nominell, d. h. ohne Berücksichtigung von Kaufkraftverlusten, ist die durchschnittliche Gesamtvergütung in den letzten zehn Jahren um etwa 7 % gesunken. Dabei handelt es sich um eine positionsspezifische Entwicklung, denn bei anderen Führungskräften, etwa der Geschäftsführung, den direkt nachgeordneten Managementebenen und auch in der Pflegedienstleitung, sind die Bezüge seit 2003 um etwa 30 % bis 35 % angestiegen. Ein wesentlicher Grund für die Entwicklung bei den Chefärzten ist die abnehmende Verbreitung „alter" Vertragsmodelle, in denen das Privatliquidationsrecht den Chefärzten häufig sehr lukrative Verdienstmöglichkeiten bietet, während die zunehmend verbreiteten Bonusmodelle eher „gedeckelt" sind.

Variable Vergütung gewinnt weiter an Bedeutung

Auf den ersten Blick entsteht der Eindruck, dass die variable Vergütung an Bedeutung verliert: zwischen 2003 und 2013 sind die variablen Vergütungsbestandteile bei Chefärzten um durchschnittlich 18 % gesunken. Zugleich jedoch vollzieht sich ein Paradigmenwechsel in der Ausgestaltung der leistungsorientierten Vergütungssysteme: Vor zehn Jahren fand sich in 84 % der Chefarztverträge ein Privatliquidationsrecht, und lediglich 8 % der Verträge sahen ein zielbasiertes Bonusmodell vor. Heute findet sich das Liquidationsrecht nur noch in jedem zweiten Vertrag (überwiegend in älteren Verträgen, immer seltener in Neuverträgen), während 36 % der Verträge ein Bonusmodell vorsehen.

Einkünfte aus dem Liquidationsrecht werden im Allgemeinen zwar als variabel ausgewiesen, da ihre Höhe von der tatsächlichen Leistungserbringung des Chefarztes abhängt und daher nicht im Voraus bestimmt werden kann. Jedoch weist in der Regel ein erheblicher Anteil der Liquidationseinnahmen einen eher fixgehaltsähnlichen Charakter auf, da ein „Erlössockel" zumeist ohne besonders herausragende Leistungsanstrengungen erzielt werden (dies gilt für eine Beteiligungsvergütung entsprechend). Variable Bezüge in Form eines Zielbonus hingegen weisen, anspruchsvolle Zielsetzungen vorausgesetzt, einen gesamthaften stringenten Bezug zu den gezeigten Leistungen und erreichten Ergebnissen auf. Die insofern ausgeprägtere Risikohaltigkeit solcher „echt" variablen Komponenten führt in der Praxis meist zu einer Verschiebung der Vergütungsstruktur in Richtung einer moderaten Erhöhung des fixen Anteils, die mit der deutlichen Erhöhung der „Variabilität" der variablen Komponente einhergeht.

Boni werden diskutiert

Leistungsorientierte Vergütungsbestandteile für Chefärzte werden in der Öffentlichkeit – gerade in der jüngeren Vergangenheit – kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite steht die Befürchtung einer zu sehr von ökonomischen Interessen geleiteten ärztlichen Tätigkeit und einer Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit, auf der anderen Seite stehen massive Veränderungsnotwendigkeiten in den Kliniken und daher der Bedarf für nachhaltig wirksame Steuerungsinstrumente.

Die Standpunkte beider Seiten sind nachvollziehbar. Dass ein Anreizsystem auch Fehlanreize mit sich bringen kann, steht außer Frage und ist im Übrigen auch kein Phänomen, das nur bei leitenden Medizinern, sondern auch in anderen Branchen auftritt. Da es aber im Krankenhaus um Leben und Gesundheit von Menschen geht, müssen die Risiken bei der Gestaltung von Vergütungsmodellen und insbesondere in der Anwendungspraxis mit besonderer Priorität beachtet werden. Es steht ebenso außer Frage, dass Chefärzte im Krankenhaus eine herausragende Verantwortung auch für den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens tragen und das Management daher Instrumente benötigt, mit denen auf die Aktivitäten ein wirksamer Einfluss ausgeübt wird und Leistungen honoriert werden.

Eine völlige Ablehnung leistungsorientierter Vergütungskonzepte ist daher mit der Krankenhausrealität nicht vereinbar, vielmehr kommt es auf eine umsichtige und sensible Ausgestaltung und Umsetzung an. Von entscheidender Bedeutung ist eine mehrdimensionale Anreizstruktur, die Wirtschaftlichkeit und zugleich auch fachlich hochwertiges und nachhaltiges Handeln fördert. Ein Mix aus ökonomischen und weiteren, auch qualitativen Leistungsparametern (z. B. Zufriedenheit der Patienten und Einweiser, Führung und Entwicklung der Mitarbeiter, strategische Weiterentwicklungen, Etablierung neuer Verfahren etc.) fördert eine solche Mehrdimensionalität und steigert neben der Seriösität des Instruments auch seine Wirksamkeit, da sich die Steuerungsimpulse auf alle strategisch und operativ relevanten Handlungsfelder richten (und nicht etwa nur auf die Ausweitung bestimmter Leistungen). Daneben sollten flankierende Sicherungs- und Kontrollmechanismen etabliert werden (z. B. Vier-Augen-Prinzip, Fallkonferenzen, erweiterte Aufklärungsstandards, Revisionsmaßnahmen, externe Kontrollen, Transparenzregelungen), die die Funktionsweise und die Ergebnisse systematisch überwachen und auch korrigierende Eingriffe ermöglichen.

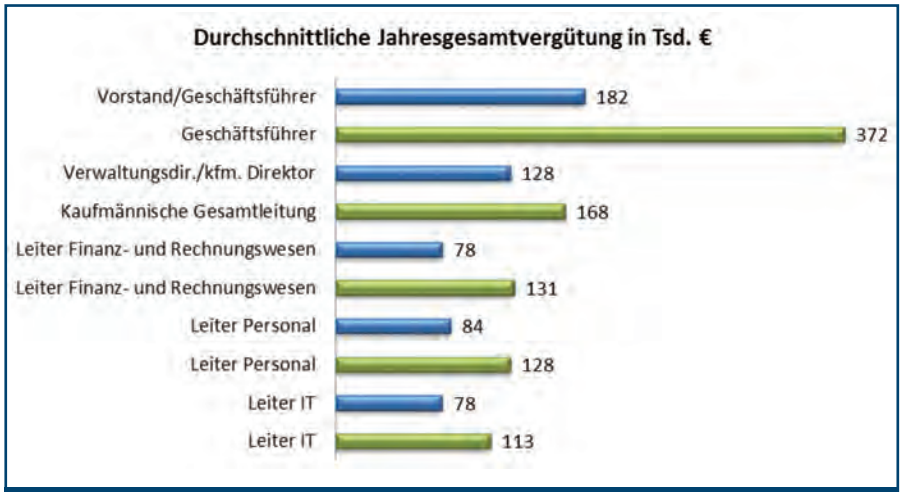


Abb. 3: Branchenvergleich (blau=Krankenhäuser, grün=Wirtschaftsunternehmen)

Branchenvergleich

Krankenhäuser stehen am Arbeitsmarkt nicht nur im Wettbewerb zu anderen Klinikunternehmen, sondern – gerade bei Management- und Querschnittsfunktionen – auch branchenübergreifend. Der Vergütungsvergleich zu Funktionen mit allgemein vergleichbarer Rolle und Verantwortung in ähnlich großen Unternehmen anderer Branchen zeigt erhebliche Differenzen und stellt die Krankenhäuser insofern vor eine besondere Herausforderung (Abbildung 3).

Aus diesem Blickwinkel muss man die Gesundheitsbranche als sehr eingeschränkt attraktiv bezeichnen. Das „Low Pay-Image" birgt die Gefahr der unerwünschten Fluktuation, denn gerade leistungsstarke, motivierte Mitarbeiter orientieren sich auf Dauer eher in lukrativere Branchen, und in der Rekrutierung stellt die häufig als unangemessen empfundene Vergütung ein ernstzunehmendes Erschwernis dar. Da einer nennenswerten Anpassung der Vergütung unter Kostengesichtspunkten sehr enge Grenzen gesetzt sind, ist es für die Krankenhäuser umso wichtiger, andere relevante Eigenschaften eines attraktiven Arbeitgebers nachhaltig auszuprägen.

Anschrift des Verfassers:
Diplom-Ökonom Thomas Thurm
Kienbaum Management Consultants GmbH
Ahlefelder Straße 47, 51645 Gummersbach
Telefon: 02261 - 703-513
E-Mail: thomas.thurm@kienbaum.de
www.kienbaum.de

Der Rechtsrat – kurz und bündig

RA Norbert H. Müller – Fachanwalt für Steuer- und Arbeitsrecht

Erbringung vertragsärztlicher Leistungen ohne Zulassungsstatus

Fragestellung:

Ich bin in einer Klinik als Ärztlicher Direktor tätig, ohne eine KV-Zulassung oder persönliche Ermächtigung zu haben. Ist es in dieser Konstellation zulässig, regelmäßig bei gesetzlich versicherten Begleitpersonen stationärer Patienten Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen, wobei sich auch keine Kassenarztpraxis in unmittelbarer Kliniknähe befindet.

Antwort:

Gemäß § 4 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte nehmen grundsätzlich ausschließlich zugelassene Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte sowie MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung setzt also stets einen formalen Zulassungsstatus voraus. Ohne diesen Status ist eine Leistungserbringung und/oder Abrechnung nicht zulässig.

Ärztliche Leistungen von nicht zugelassenen Ärzten oder Einrichtungen sind allenfalls dann Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und können entsprechend gegenüber der KV abgerechnet werden, wenn ein Notfall vorliegt. Ein solcher Notfall liegt aber nur dann vor, wenn ein zugelassener Arzt/eine zugelassene Einrichtung in medizinischer Hinsicht nicht rechtzeitig erreicht werden kann. Allein der Umstand, dass sich keine Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Kliniknähe befindet, rechtfertigt somit ersichtlich keinesfalls eine Behandlung gesetzlich versicherter Begleitpersonen stationärer Patienten ohne Zulassung.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass auch eine kostenlose Behandlung derartiger Patienten nicht zulässig ist. Eine derartige kostenlose Behandlung verstößt grundsätzlich gegen § 12 der Muster-Berufsordnung, wonach der vollständige oder teilweise Erlass des Honorars ausschließlich gegenüber eigenen Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patienten zulässig ist. Des Weiteren liegt in einem derartigen Verhalten ein Wettbewerbsverstoß gegenüber den in der Umgebung niedergelassenen Vertragsärzten, welche ein derartiges Verhalten kostenpflichtig abmahnen und zudem Schadensersatz in Form entgangenen Honorars verlangen könnten.

Norbert H. Müller

RA Norbert H. Müller – Fachanwalt für Steuer- und Arbeitsrecht

Stellvertreterklausel in Wahlleistungsvereinbarungen

Fragestellung:

Zur Zeit wollen wir in der Klinik unsere Wahlleistungsvereinbarung aktualisieren, insbesondere für die Probleme bei Verhinderung. Hierzu gab es bisher eine Auflistung der in unvorhergesehenem Verhinderungsfall die Tätigkeiten übernehmenden Oberärzte mit entsprechender fachlicher Qualifikation. Ist dies heute noch sinnvoll und zulässig

oder darf zwingend nur ein ständiger ärztlicher Vertreter pro Fachabteilung aufgeführt sein.

Antwort:

Sofern nicht sämtliche im Zusammenhang mit der Behandlung des Wahlleistungspatienten erbrachten Leistungen durch den in der Wahlleistungsvereinbarung namentlich zu benennenden Wahlarzt erbracht werden, sondern auch ein Vertreter an der wahlärztlichen Behandlung des Patienten teilnimmt, ist Folgendes zu berücksichtigen:

1)

In der Wahlleistungsvereinbarung kann nur eine Stellvertreterklausel wirksam aufgenommen werden für den Fall der unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes. Dagegen ist eine Klausel, die die Vertretung des Chefarztes durch einen nachgeordneten Arzt auch bei vorhersehbarer Verhinderung des Chefarztes regelt, in einer Wahlleistungsvereinbarung nicht wirksam möglich. Insofern bedürfte es einer Individualvereinbarung, wie sie nachfolgend noch näher erläutert werden wird. In der Rechtsprechung anerkannt als unvorhersehbare Verhinderung des Wahlarztes sind Unfälle auf dem Weg zum Krankenhaus oder im Krankenhaus selbst bzw. die Inanspruchnahme durch eine anderweitige unaufschiebbare Notfallbehandlung. Dagegen ist die urlaubsbedingte Abwesenheit des Chefarztes oder die parallele Behandlung eines anderen Wahlleistungspatienten eine vorhersehbare Verhinderung, die ohne zusätzliche Vereinbarung mit dem Patienten über die Leistungserbringung durch den Stellvertreter unter Aufrechterhaltung der Liquidationsbefugnis des Wahlarztes der Abrechenbarkeit der vom Vertreter erbrachten Leistungen entgegensteht. Hintergrund ist, dass bei einer einseitig verwendeten formularmäßigen Wahlleistungsvereinbarung, die rechtlich als Allgemeine Geschäftsbedingung (AGB) qualifiziert wird und somit an den strengeren Wirksamkeitsanforderungen des für AGB geltenden Rechts zu messen ist, der Vertragspartner, also der Patient, nicht unangemessen benachteiligt werden darf. Da gerade die persönliche Leistungserbringung Hauptpflicht des Krankenhauses/Wahlarztes ist, ist der Vorbehalt, sich auch bei vorhersehbarer Verhinderung vertreten zu lassen, eine unangemessene Benachteiligung sowie für den Patienten überraschend und damit unwirksam (OLG Düsseldorf, NJW 1995, S. 2421; OLG Stuttgart, Urteil vom 17.01.2002; LG Hamburg, Urteil vom 12.11.2004).

2)

Um auf Ihre Frage nach der Benennung mehrerer Vertreter zurückzukommen, hat die von Ihnen benannte Liste mit den dort im Einzelnen benannten Vertretern als Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung primär im Falle der unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes Bedeutung.Hierbei ist die Benennung mehrerer ärztlicher Vertreter umstritten, die allenfalls unter den Voraussetzungen im Einklang mit einer Entscheidung des Landgerichts München vom 20.02.2002 wirksam gestaltet werden kann.

a.

Zumindest bei einer untergeordneten Schwerpunktbildung in größeren Abteilungen sollte unseres Ermessens nach die Benennung mehrerer ständiger ärztlicher Vertreter möglich sein, wobei diese dann den jeweiligen Schwerpunktbereichen in der Wahlleistungsvereinbarung zugeordnet und dann später entsprechend auch tätig werden müssen. Damit einher geht auch, dass sämtliche Stellvertreter mit Schwerpunkt bereits in der Wahlleistungsvereinbarung respektive einer dem Patienten im Zeitpunkt der Unterzeichnung der Wahlleistungsvereinbarung vorliegenden Liste namentlich benannt sind.

b.

Auch die Bundesärztekammer hält es grundsätzlich für möglich, dass in größeren Abteilungen mehrere ständige ärztliche Vertreter existieren. Es wird jedoch von dieser Seite eine Einschränkung dahingehend gefordert, dass für jeden einzelnen Patienten nur einer dieser mehreren ständigen ärztlichen Vertreter in der Wahlleistungsvereinbarung respektive der Individualvereinbarung über die Stellvertretung angegeben werden darf, wobei die Auswahl nach dem jeweiligen Krankheitsbild erfolgen soll - um nicht im Belieben des Wahlarztes zu stehen - und vor Leistungserbringung festzulegen ist.

c.

Gleichfalls müssen wir bereits an dieser Stelle darauf hinweisen, dass es zahlreiche Entscheidungen gibt, die die Benennung mehrerer Stellvertreter in der Wahlleistungsvereinbarung als unwirksam erachten. Folglich ist eine gerichtliche Durchsetzung des Honoraranspruchs mit nicht unerheblichen Risiken verbunden.

3)

Für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes bedarf es zur Aufrechterhaltung der Liquidationsbefugnis einer die Wahlarztvereinbarung ergänzenden Stellvertretervereinbarung (vgl. BGH Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07).

Die Stellvertretervereinbarung ist gesetzlich nicht geregelt. Da sie jedoch die dem Schriftformerfordernis unterliegende Wahlleistungsvereinbarung wesentlich modifiziert, wird überwiegend gefolgert, dass auch die Stellver-

tretervereinbarung dem Schriftformerfordernis unterliegt und mithin von beiden Parteien zu unterzeichnen ist.Der Patient ist über die Verhinderung des Wahlarztes so früh wie möglich zu unterrichten. Gleichzeitig ist ihm anzubieten, dass anstelle des Wahlarztes ein bestimmter, dem Patienten in dem Zeitpunkt dann namentlich zu benennender Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen, also unter Aufrechterhaltung des Honoraranspruchs, die wahlärztlichen Leistungen erbringt.

Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass formularmäßige Vereinbarungen rechtlich als eine AGB zu werten sein könnten mit der Folge, dass die Wirksamkeit der Stellvertretervereinbarung zu messen ist an den für AGB geltenden Anforderungen, die einen höheren Schutz des Vertragspartners begründen.

Um den Anwendungsbereich des für AGB geltenden Rechts zu vermeiden, müsste es sich somit um eine individuell verhandelte Vereinbarung handeln.

Das bedeutet, dass der Patient eine echte Wahlmöglichkeit haben muss, ggf. die Erbringung durch den Vertreter abzulehnen mit der Folge, dass er auf die Wahlleistung verzichtet und ihm auch im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen alle erforderlichen Leistungen zu Teil werden, sich die Person des Leistungserbringers dann jedoch allein nach der medizinischen Notwendigkeit richtet.

Ferner muss dem Patienten angeboten werden, soweit möglich, den operativen Eingriff zu verschieben, bis der Grund der Verhinderung in der Person des Wahlarztes weggefallen ist. Hält der Patient an der Wahlleistungsvereinbarung fest, ist ihm zu verdeutlichen, dass Vertragspartner weiterhin der Chefarzt bleibt und die Leistung unter Aufrechterhaltung des Liquidationsrechtes von dem in der Stellvertretervereinbarung ausdrücklich benannten Stellvertreter vereinbart wird.

Sämtliche vorstehenden Wahlmöglichkeiten des Patienten sollten in der Stellvertreter vereinbarung fixiert und insbesondere der Hinweis auf die Aufrechterhaltung des Liquidationsrechtes des Chefarztes auch für von seinem Vertreter erbrachte Leistungen drucktechnisch hervorgehoben werden.

Nur bei Erfüllung der vorstehenden Voraussetzungen ist die Liquidation der vom Stellvertreter erbrachten wahlärztlichen Leistungen möglich. Insofern können wir nur empfehlen, mit Wahlleistungspatienten eine zusätzliche Vereinbarung über die Stellvertretung zu schließen. Anderenfalls besteht bei vorhersehbarer Verhinderung des Chefarztes oder anderweitiger Tätigkeit des Chefarztes die Gefahr des Honorarausfalls für die vom Stellvertreter erbrachten Leistungen bis hin zu u.U. strafrechtlichen Konsequenzen (vgl. Landgericht Aschaffenburg).

4)

Wir weisen in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass die vorstehend wiedergegebenen Grundsätze auf verschiedenen Einzellfallentscheidungen der jeweiligen Gerichte, auch der Obergerichte, beruhen, die gleichwohl womöglich nicht auf sämtliche anderen Sachverhalte, die einer persönlichen Leistungserbringung entgegenstehen, übertragbar sind. Das bedeutet, dass eine solche Stellvertretervereinbarung nicht auch ohne weiteres anwendbar ist, wenn der persönlichen Leistungserbringung nicht die Abwesenheit des Wahlarztes, sondern andere Gründe entgegenstehen, die die Behandlung durch einen Stellvertreter wünschenswert erscheinen lassen.

Insofern erfordert die Komplexität und der ständige Wandel dieser durch Einzelfallentscheidungen geprägten Materie den Hinweis, dass in Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Einzelfallkonstellation und der z.Z. uneinheitlichen Rechtsprechung Restrisiken niemals ausgeschlossen werden können.

So weisen wir ergänzend darauf hin, dass das Amtsgericht Hamburg mit Urteil vom 31.07.2013 (8a C 342/12) auch Bedenken gegen die Wirksamkeit dieser individuellen Vertretervereinbarung erklärt hat. Das Amtsgericht hat die Individualität des Abschlusses der Vertretervereinbarung in Frage gestellt; so sei es ohne Belang, ob die vorbereitete Erklärung dabei Wahlmöglichkeiten aufzeige, wenn nämlich tatsächlich keine Wahlmöglichkeit gegeben sei, sofern bereits beim Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung festgestanden habe, dass der liquidationsberechtigte Arzt die wahlärztlichen Leistungen ohnehin nicht werde erbringen und durchführen können. Sofern also von vornherein, also vor Abschluss der Wahlarztvereinbarung, die Verhinderung des Wahlarztes feststehe, genüge die Wahlmöglichkeit im Rahmen der Vertretervereinbarung nicht.

Insofern müssten die Voraussetzungen der Stellvertretung im Einzelnen mit dem Patienten mündlich erörtert und dann schriftlich mit dem Patienten dergestalt vereinbart werden, dass er sich mit der Behandlung durch den ihm im Vorfeld namentlich benannten Vertreter einverstanden erklärt.

Weitere Informationen:
Rechtsanwalt Norbert H. Müller,
Fachanwalt für Arbeitsrecht und Steuerrecht
c/o Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt,
Monstadt, Dr. Eisbrecher
Kortumstraße 100, 44787 Bochum,
E-Mail: mueller@klostermann-rae.de

Praktische Geriatrie

Klinik – Diagnostik – interdisziplinäre Therapie

Martin Willkomm

Verlag: Thieme, Stuttgart 2013
Gebundene Ausgabe, 477 Seiten
ISBN 978-3-13-169781-3, 99,99 EUR

Das Buch beginnt mit einer komprimierten Darstellung der Methoden und Instrumente eines geriatrischen Assessment und wird fortgesetzt mit den Möglichkeiten und Notwendigkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit einschließlich einer ambulantstationären Vernetzung. Es folgen die altersbezogenen Besonderheiten der Pharmakotherapie, der Schmerztherapie und Intensivmedizin. Eine Übersicht über den Stand der geriatrischen Forschung und Lehre, über die demografische Entwicklung und über Besonderheiten von Kranken mit Migrationshintergrund vervollständigen den allgemeinen Teil. Der spezielle Teil befasst sich mit den Besonderheiten des Alters auf der Basis bekannten Wissens in den einzelnen klinischen Disziplinen, die in klassischer Reihenfolge abgehandelt werden. Die einzelnen Kapitel sind Gemeinschaftswerke je eines Klinikers und eines Geriaters. Sie sind knapp gefasst, dabei gut verständlich und übersichtlich. Zahlreiche Tabellen machen Wichtiges deutlich. Das Buch bietet jedem Kliniker eine hervorragende Ergänzung seines Wissens.

KH Schriefers,
Koblenz

Die Neurobiologie des Glücks

Wie die positive Psychologie die Medizin verändert

Tobias Esch

Verlag: Thieme, Stuttgart 2013, 2. Auflage
Gebundene Ausgabe, 280 Seiten
ISBN978-3-13-166112-8, 19,99 EUR

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

4 einleitende Kapitel, das sind 11 Buchseiten, sind allein der Rechtfertigung dieses Buchs gewidmet, also der Frage warum dieses Buch und an wen richtet es sich? Der Leser weiß damit, dass er keine einfache Lektüre erwarten darf und in dieser Annahme wird er nicht enttäuscht. Im ersten Teil des Buches werden die neueren Forschungsergebnisse der Neurobiologie vorgestellt. Man erfährt, dass man heute Entstehung, Entwicklung und Weiterleitung von Gedanken und Zielen konkreten Regionen des Zentralnervensystems zuordnen kann, er lernt u a. die neurobiologischen Grundlagen von Motivation und Belohnung, wird mit chemischen Botenstoffen vertraut gemacht. Dem in seinem Fachgebiet befangenen Arzt dürften die vorgetragen wissenschaftlichen Erkenntnisse großenteils fremd sein, und man fragt sich, ob er wirklich wissen möchte, in welche Hirnregion er seine Glücksgefühle zu lokalisieren hat. Nicht überraschend: Glück kann trainiert werden, „weil es weniger zufällig ist, als vielleicht zunächst angenommen“ (das haben wir auch ohne Neurobiologie immer schon gewusst: Jeder ist seines Glückes Schmied.). Positive Psychologie bietet den Weg in positives Wachstum und Wohlbefinden und vermittelt damit Glück für den Therapeuten wir für seinen Patienten. Ob und wie sie die Medizin verändert,
bleibt offen. Auf die Frage, was denn nun Glück sei, erfährt man im Kapitel mit dieser Überschrift: „Glück erwächst demnach in der Praxis unseres Alltags dem (gemeinsamen) Wachsen und „Erblühen“, aber auch aus tiefer Zufriedenheit, Vertrauen und Verbundenheit, aus Spaß, Anspannung und Leistung, aber auch aus Belohnung und Verdienst – und auch einfach so.“ Auf der Suche nach einer Antwort auf die eingangs gestellte Frage, für wen dieses Buch geschrieben sei, lautet eine Antwort: nicht für mich.

KH Schriefers, Koblenz

Das stand auf der Agenda

Januar 2014

16.01. 2014 Düsseldorf

- GDK-Verwaltungsrat und
- GDK-Gesellschafterversammlung
- ADK-Vorstand und ADK-Mitgliederversammlung
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

17.01. 2014 Berlin

- Gespräch BDI, BDC, VLK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

- Geschäftsführender Vorstand
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Michael A. Weber,
  Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Prof. Dr. Günter Schmoz, Dr. Jürgen Brenner, Gerd Norden

- Gespräch mit Vorstand Marburger Bund
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Michael A. Weber,
  Prof. Dr. Günter Schmoz, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Dr. Jürgen Brenner, Gerd Norden

20. 01. 2014 Frankfurt

- Tafelrunde für Mitglieder des Landesverbandes Hessen
  VLK-Teilnehmer: u.a. Dr. Matthias Gümmer, Gerd Norden

22.01. 2014 Rotenburg

- Gespräch bei Rundschau Onlinedienst über Optimierung VLK-Internetseite
  VLK-Teilnehmer: Dr. Michael Feldmann, Gerd Norden

29.01. 2014 Wittlich

- Informationsveranstaltung für Mitglieder aus den Landesverbänden
  Rheinland-Pfalz und Saarland im VLK
  VLK-Teilnehmer: u.a. Prof. Dr. Cornelia Cedzich, Dr. Hans-Peter Alleroedder,
  Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jürgen Brenner, Gerd Norden

Ausschreibung für den VLK-Zukunftspreis 2014

Der Gesamtvorstand des Verbandes der Leitenden Ärzte Deutschlands (VLK) hat sich in seiner Sitzung vom 13. September 2012 dafür ausgesprochen, künftig den VLK-Zukunftspreis zu verleihen.

Die Auszeichnung wird jährlich ausgeschrieben. Der VLK-Zukunftspreis wurde erstmals im Rahmen des VLK-Bundeskongresses am 21. September 2013 verliehen. Erster Preisträger war Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Die Auszeichnung ist mit 3.000 € dotiert.

Welches sind die Kriterien für den Zukunftspreis?
Im Mittelpunkt stehen ausgewöhnliche zukunftsorientierte Leistungen im Gesundheitswesen. Herausgehoben sind:

- Patientenversorgung
- Ärztliche Fort- und Weiterbildung
- Engagement im VLK
- Lebenswerk

Der Zukunftspreis kann an Mitglieder des VLK und an Persönlichkeiten des Öffentlichen Lebens vergeben werden.

Wichtig sind:

- Konkretisierbarkeit der Leistungen und des Engagements
- Schriftliche Begründung für die Nominierung
- Einreichung des Curriculum Vitae der vorgeschlagenen Persönlichkeit

Hiermit möchten wir die Mitglieder des VLK auffordern, Vorschläge für geeignete Persönlichkeiten

bis zum 31. Mai 2014

an den Präsidenten des VLK, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf einzureichen.

Der VLK-Zukunftspreis 2014 wird im Rahmen des 3. VLK-Bundeskongresses am 27. September 2014 in Berlin verliehen.

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de
Organ des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Chefredaktion:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45419 14
E-Mail: info@vlk-online.de

Prof. Dr. med. Karl Heinz Schriefers
Karl-Härle-Straße 9, 56075 Koblenz
Telefon: (02 61) 5 66 44, Fax: (02 61) 5 10 05
Satz:
creativ-studio arenz GmbH, Rotenburg
Redaktionsbeirat:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden (Düsseldorf),
Prof. Dr. Dietrich Paravicini (Bielefeld),
Prof. Dr. Günter Schmoz (Meißen),
PD Dr. Michael A. Weber (Dachau),
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Scheeßel)
Verantwortlich für Arzt und Recht:
Rechtsanwalt Bernd Klostermann
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
Telefon: (0234) 961650, Fax: (0234) 9616599

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfälti gungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zgesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

kataloge prospekte
preislisten logo
plakate **broschüren**
geschäftsdrucksachen
flyer digitaler druck
beilagen **anzeigen**

Besuchen Sie uns im Internet unter:
www.creativ-studio-arenz.de

wir setzen ihre vorstellungen in die tat um

creativ-studio
arenz gmbh

große straße 79
27356 rotenburg/wümme
telefon (0 42 61) 92 90-50
telefax (0 42 61) 92 90-59

Ihr Unternehmen im Internet

zum Beispiel **Base One**

- Beratung inkl. Bedarfsanalyse
- Designvorschlag
- Installation und Einrichtung des CMS-Systems Joomla (damit Sie Ihre Internetseiten stets selbst aktuell halten können)
- Erstellung von bis zu sechs Internetseiten
- Einweisung in das System

Rufen Sie uns an.
Wir beraten Sie gerne!

Auf Wunsch registrieren wir Ihre Wunschdomain und stellen den Speicherplatz für Ihren neuen Internetauftritt zur Verfügung.

@ Rundschau Onlinedienst

Große Straße 79 · 27356 Rotenburg
Telefon: 04261 - 929075
E-Mail: info@rundschau-onlinedienst.de
www.rundschau-onlinedienst.de