ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

4
87. Jahrgang
April 2014

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © ra2 studio/fotolia.com

Daddeln mit Daten

Wie der AOK-Bundesverband Ängste schürt

- Europawahl 2014: Erwartungen der deutschen Krankenhäuser
- Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen: Immer noch Verstöße gegen § 136 a SGB V

19.000 Tote? – Fehlerkultur geht anders!

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

Der AOK-Bundesverband scheint zu wissen, wie man sich die Lufthoheit über den Stammtischen erobert: Man nehme eine möglichst große Zahl und verbinde sie mit Tod, Pfusch, und Ärztebashing. Fertig ist die Meldung, und der Erfolg bei „Bild, BamS und Glotze" ist einem sicher. Klar, Populismus und populistische Politik funktionieren so, aber die Frage ist ja wohl, ob in einer so komplizierten, delikaten und ernsten Sache wie der Patientenversorgung solche populistischen Methoden eigentlich der richtige Weg sind, um vernünftig und vor allem konstruktiv miteinander umzugehen.

Der VLK jedenfalls setzt sich nachweislich und mit Nachdruck für eine andere Umgangskultur der unterschiedlichen Beteiligten in der Patientenversorgung ein. Es nutzt nämlich überhaupt nichts, sich „19.000 Tote durch Behandlungsfehler" um die Ohren zu schlagen. Im Gegenteil: Die Zahl ist nicht nur ziemlich aus der Luft gegriffen und kaum valide nachzuweisen. Sie ist diffamierend und – was noch schlimmer ist: Sie dürfte auch so gemeint gewesen sein! Das ist der eigentliche Skandal, denn seit wir über Fehler und Fehlerkultur nachdenken, wissen wir, dass wir mit einer Spirale der Beschuldigungen nicht weiterkommen. Das ist ja in einer kriselnden Ehe nicht anders... Stattdessen drohen Konflikte, die eher alte Gräben wieder aufreißen, als eine konstruktive Zusammenarbeit zur Verbesserung unseres Systems zu fördern. Damit landen wir quasi automatisch in einer Auseinandersetzung, bei der man sich Zahlen und Messmethoden um die Ohren haut. Nur das, worum es eigentlich geht, kommt in einer solchen Auseinandersetzung überhaupt nicht zur Sprache: die Patientensicherheit.

Hier jedoch ziehen wir doch garantiert alle am gleichen Strang, oder? Denn niemand kann auch nur das entfernteste Interesse daran haben, dass unsere Patienten nicht gut versorgt werden und dass nicht wirklich jeder Fehler vermieden wird, wenn es nur irgend geht. Und jetzt wird erkennbar, dass es sich bei dem AOK-Populismus um eine ausgesprochen destruktive Sache handelt: Einer offenen und konstruktiven Fehlerkultur hilft es nämlich überhaupt nicht, wenn mit ausgestrecktem Finger auf den anderen gezeigt wird. Das Gegenteil ist der Fall: Werden Fehler – ob vermeintlich oder echt – dazu benutzt, das Gegenüber zu diffamieren, dann wird künftig über Fehler oder auch nur über potentielle Fehler eben nicht mehr gesprochen. Punkt. Damit aber fallen wir zurück in eine gewissermaßen absolutistische Zeit, in der Fehler allenfalls bei den anderen vorkamen, aber nie bei einem selbst.

Wir leitenden Krankenhausärzte wissen, dass es anders ist, und ich ganz persönlich bedaure es außerordentlich, dass der AOK-Bundesverband mich mit seiner Pressearbeit aus dem letzten Jahrhundert quasi dazu zwingt, kulturelle Fortschritte im Zusammenhang mit einer transparenten, konstruktiven Fehlerkultur wieder preiszugeben, weil ihm die oben zitierte Lufthoheit über den Stammtischen augenscheinlich wichtiger ist, als eine sichere und weitestgehend fehlerfreie Patientenversorgung. Lassen wir uns hier nicht auf die falsche Bahn bringen, sondern gemeinsam daran arbeiten, dass wir alle an unseren Fehlern lernen können. Die Krankenkassen übrigens auch an ihren...

In diesem Sinne grüßt Sie herzlich

Ihr

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

118 **19.000 Tote? – Fehlerkultur geht anders!**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

121 **Daddeln mit Daten**
Gerd Norden

122 Statement von Prof. Dr. Max Geraedts

123 Pressemitteilung der DKG

124 Pressemitteilung VKD

125 Pressemitteilung Bundesärztekammer

126 Pressemitteilung Bündnis 90/Die Grünen

126 Pressemitteilung SPD

127 **Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen**
Teil IV

Recht

133 **Aus gegebenem Anlass**
Wahlärztliche Leistungen / Stellvertretung / Delegation
Rechtsanwalt Norbert H. Müller

137 **Zur Bedeutung der Entwicklungsklausel im Chefarztvertrag**
Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst

Europa

139 **Europawahl 2014**
Gerd Norden

139 **DKG-Positionen zur Europa-Wahl**
Erwartungen deutscher Krankenhäuser an die Gesundheitspolitik der EU

Rubriken

120 **Personen und Hintergründe**

VLK-Intern

144 Agenda

145 Veranstaltungsankündung

147 VLK Zukunftspreis

147 **Impressum**

Datteln mit Daten

19.000 Tote sollen als Folge von Behandlungsfehlern jährlich in deutschen Krankenhäusern zu beklagen sein. Das behauptet zumindest der AOK-Bundesverband in seinem Krankenhausreport 2014. Experten bezeichnen diese Daten allerdings zu Recht als wissenschaftlich unseriös.

Foto: © ra2 studio/fotolia.com

121

Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen

Krankenhäuser legen immer noch Zielvereinbarungen in Chefartverträgen vor, die direkt oder indirekt finanzielle Anreize mit Einzelleistungen und Leistungsmengen koppeln. Dies widerspricht eindeutig der Gesetzeslage.

Foto: © Marco2811/fotolia.com

127

Stellvertreter-Regelung bei wahlärztlichen Leistungen

GOÄ, Krankenhausentgeltgesetz und die hierzu erfolgte Rechtsprechung bilden im Wesentlichen den rechtlichen Rahmen für die persönliche Leistungserbringung. Diese Regelungen sind teilweise durchaus als überholt und nicht praxisrelevant zu qualifizieren. Gleichwohl sind sie maßgeblich. Die wesentlichen Regelungen werden nachfolgend wiedergegeben. Deren Beachtung kann unnötige Risiken minimieren.

Foto: © vege/fotolia.com

133

Europawahl

Die Gesundheitsversorgung muss in nationaler Verantwortung bleiben. Die EU kann allenfalls nationale Maßnahmen sinnvoll unterstützen und ergänzen. Dies fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter anderem in ihrem Positionspapier zur Europawahl 2014.

Foto: © jorisvo/fotolia.com

139

Dänzer fordert Kassen zur Finanzierung von Qualitätssteigerung auf

Im Rahmen des 13. Nationalen DRG-Forums in Berlin hat DKG-Präsident Alfred Dänzer die Krankenkassen aufgefordert, nicht nur von mehr Qualität zu reden, sondern diese auch zu finanzieren. Wer mehr wolle, müsse dies auch bezahlen.

Die DKG – so Dänzer — stehe dem im Koalitionsvertrag angekündigten neuen Qualitätsinstitut positiv gegenüber, denn niemand habe bislang die Evidenz der bisherigen Qualitätskontrollen wissenschaftlich untersucht. Dänzer sprach sich in diesem Zusammenhang gegen die Einführung des Systems „Pay for Performance“ aus, dessen Nutzen wissenschaftlich nicht belegt sei.

Alfred Dänzer

DKG konkretisiert Erwartungen deutscher Krankenhäuser an die EU-Gesundheitspolitik

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat ein Positionspapier zur Europawahl 2014 vorgelegt. Darin bekräftigt sie den Grundsatz, dass die einzelnen Mitgliedsstaaten für die Organisation ihrer Systeme im Bereich Soziale Sicherung und Gesundheit eigenverantwortlich bleiben und die EU-Gesundheitspolitik nationale Maßnahmen sinnvoll ergänzen und unterstützen kann. Mit Sorge betrachtet die DKG die zunehmende Tendenz, der Europäischen Kommission in erheblichem Umfang Kompetenzen für sogenannte „Delegierte Rechtsakte“ und „Durchführungsrechtsakte“ zu übertragen.

Das vollständige DKG-Positionspapier zur Europawahl 2014 finden Sie in diesem Heft auf den Seiten 138 bis 142.

Heimig sieht Schwierigkeiten bei Extremkostenvergütung

Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), sieht Schwierigkeiten, die im Koalitionsvertrag von seinem Institut geforderte Kalkulation einer gesonderten Vergütungsform für Hochkostenfälle, die nicht durch Fallpauschalen sachgerecht abgebildet werden können, durchzuführen. Im Rahmen des 13. Nationalen DRG-Forums in Berlin wies er darauf hin, dass schon die Definition von Extremkosten problematisch sei. Am Beispiel der Knochenmarktransfusion zeigte er auf, dass sich nach den vorliegenden Statistiken die Kosten pro Fall in einer Spannbreite von 8.000 € bis 250.000 € bewege. Entsprechend schwierig werde es sein, neue Extremkosten-DRGs zu kalkulieren. Er wisse noch nicht, wie dieses statistische Problem für Krankenhäuser und Krankenkassen gleichermaßen gerecht zu lösen sei.

Dr. Frank Heimig

VLK-Präsident trifft Minister Gröhe

Am 21.03.2014 hat der Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe Präsident und Hauptgeschäftsführer des VLK zu einem Gedankenaustausch in seinem Berliner Büro empfangen. Im Rahmen des gut einstündigen Gespräches konnten die VLK-Vertreter ihre Positionen zu den Themenbereichen „Mindestmengen“, „Gemeinsamer Bundesausschuss“, „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“, „Novellierung der GOÄ“ und „Ärztemangel“ darlegen. Der zu diesem Zeitpunkt erst drei Monate im Amt befindliche Bundesminister für Gesundheit zeigte sich bei all diesen Themenbereichen durchaus sachkundig und sattelfest selbst in Details und zeigte sich interessiert an einem regelmäßigen Informationsaustausch mit dem VLK. Überraschend war die klare Aussage des Ministers, noch in dieser Legislaturperiode die Novellierung der GOÄ in Angriff zu nehmen, obwohl sie mit keinem Wort in der Koalitionsvereinbarung erwähnt wurde. Er stellte dies allerdings unter den Vorbehalt, dass neben der umfassenden Ausarbeitung des Leistungskataloges und der entsprechenden Bewertungen in der Vorbereitungsphase die Beihilfestellen der Länder und des Bundes in zufriedenstellender Umfange eingebunden werden, damit in den zu erwartenden Diskussionen hierüber mit dem Finanzministerium die entsprechenden Bedenken bereits vorab ausgeräumt werden.

Gerd Norden

Daddeln mit Daten

Foto: © ra2 studio/fotolia.com

Das neue Jahr war gerade erst drei Wochen alt, als der AOK-Bundesverband gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) seinen Krankenhaus-Report 2014 in Berlin vorstellte. Schwerpunktthema der Präsentation war die Patientensicherheit. Um die Dringlichkeit dieses – unbestritten zu unterstützenden – Anliegens zu dokumentieren und darüber hinaus die Öffentlichkeit zu mobilisieren, warteten die AOK-Repräsentanten allerdings mit – offensichtlich wohlbedachten – schockierenden Zahlen auf: 19.000 Todesfälle seien – so die AOK-Repräsentanten – pro Jahr in deutschen Krankenhäusern als Folge von Behandlungsfehlern zu beklagen. Die Herleitung dieser Zahlen mutet abenteuerlich an, ein wirklich wissenschaftlich geführter Nachweis unterblieb. Aber der gewünschte Effekt trat ein: Der „Schwarze Peter" lag bei den Krankenhäusern, die Politik sah sich in der im Koalitionsvertrag angekündigten Qualitätsoffensive bestätigt, und der AOK-Bundesverband hatte die offensichtlich erwünschte Aufmerksamkeit.Ein Urteil über die Validität dieser Aussage mag sich jeder selber bilden: Das Statement des Leiters des Instituts für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke und die dazugehörige Tabelle der umstrittenen Daten ist nachfolgend ebenso abgedruckt wie die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Verbandes der Krankenhausdirektoren, der Bundesärztekammer, der Gesundheitspolitischen Sprecherin des SPD-Bundestagsfraktion und der Sprecherin für Gesundheitspolitik der Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen.

Prof. Dr. Max Geraedts

Risikofaktor Krankenhaus

Pressekonferenz des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) am 21. 01. 2014 in Berlin

Patienten verlassen sich darauf, dass sie im Krankenhaus sicher behandelt werden. Sie erwarten also, dass die Patientensicherheit für alle Beteiligten eine große Rolle spielt. Davon kann im Allgemeinen auch ausgegangen werden.

Dennoch ist die Tatsache nicht zu verleugnen, dass eine Krankenhausbehandlung nicht nur Gutes bewirken, sondern auch ein Risiko für Patienten bedeuten kann. Jeder kennt Berichte über kaum nachzuvollziehende Behandlungsfehler. Die Frage ist immer, ob es sich um Ausnahmen handelt oder um die Spitze eines Eisbergs und ob diese Fehler vermeidbar waren.

Für Patienten und Krankenhäuser lässt sich die immense Bedeutung der Patientensicherheit an einigen Zahlen veranschaulichen: In Deutschland finden pro Jahr rund 19 Millionen Krankenhausbehandlungen statt, bei denen rund 50 Millionen oftmals komplizierte Prozeduren an immer älteren Patienten durchgeführt werden. Häufig sind daran verschiedene Akteure beteiligt, was typischerweise das Fehlerrisiko erhöht.

Gemäß den bekannten Analysen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und des Sachverständigenrates von 2007 müssen wir nach wie vor davon ausgehen, dass bei fünf bis zehn Prozent aller Krankenhausbehandlungen ein unerwünschtes Ereignis stattfindet. Das kann eine allergische Reaktion auf ein Medikament sein, die Entzündung einer Operationswunde oder schlimmstenfalls ein Todesfall, der nicht durch die Krankheit selber, sondern durch deren Behandlung verursacht wurde.

Knapp die Hälfte dieser unerwünschten Ereignisse gilt als vermeidbar. Vermeidbar sind auf jeden Fall solche Ereignisse, denen ein Fehler zugrunde liegt, wenn also die korrekte Behandlung nicht oder falsch durchgeführt wurde. Wenn ein Patient, der eine Medikamentenallergie erleidet, von dieser Allergie wusste, man den Patienten aber nicht nach Medikamentenallergien befragt hat, dann wäre das so ein vermeidbarer Fehler.

Fehler kommen mit einer Häufigkeit von rund einem Prozent aller Krankenhausfälle vor und tödliche Fehler mit einer Häufigkeit von rund einem Promille. Ein Fall von 1.000 bedeutet auf dem heutigen Versorgungsniveau rund 19.000 Todesfälle in deutschen Krankenhäusern pro Jahr auf der Basis von Fehlern – das sind fünfmal so viele Todesfälle wie im Straßenverkehr.

Für Krankenhäuser lohnt es sich also, zum Wohle der Patienten in die Patientensicherheit und Vermeidung von Fehlern zu investieren.

Im Krankenhaus-Report 2014 werden wichtige Ursachen für Gefährdungen der Patientensicherheit und für Fehler angesprochen und einige erfolgreiche Abhilfemaßnahmen dargestellt. Thematisiert werden beispielsweise unerwünschte Arzneimittelereignisse, Hygienemängel und die wenig geregelte Einführung medizinischer Innovationen.

Unerwünschte Arzneimittelereignisse sind beispielsweise mit elektronischen Verschreibungssystemen vermeidbar. Trainingskonzepte, zum Beispiel für Notfallsituationen in der Geburtshilfe, können helfen, Abläufe zu optimieren und im Krisenfall Fehler zu verhindern. Hier kann man von anderen Branchen wie der Luftfahrtindustrie lernen.

Krankenhausinfektionen, die jährlich rund vier Prozent der Patienten erleiden, lassen sich durch gute Hygienemaßnahmen eher vermeiden. Es bleibt zum Beispiel wesentlich, im Behandlungsalltag auf ausreichende Händedesinfektion zu drängen. Eine Zielmarge von 80 Prozent wird heute von den deutschen Krankenhäusern noch nicht durchgängig erreicht, sie liegt bei einigen Krankenhäusern bei gerade einmal 50 Prozent.

Bei der Einführung neuer Medizinprodukte oder neuer Behandlungsverfahren lassen sich mit Registern wichtige Erkenntnisse zu Gefährdungen der Patientensicherheit gewinnen. Wege in diese Richtung, wie sie mit dem Deutschen Aortenklappenregister und dem Deutschen Endoprothesen-

register eingeschlagen werden, sind sehr zu begrüßen.

Am wichtigsten scheint aber, dass die Krankenhäuser noch stärker für das Thema sensibilisiert werden, eine Fehlerkultur zu etablieren und die bereits eingeführten Fehlerberichtssysteme stärker zu nutzen, um besser aus eigenen Fehlern und den Fehlern anderer Krankenhäuser zu lernen.

Das lohnt sich nicht nur, weil Patienten dann sicherer behandelt und vermehrt gesund werden, sondern auch, weil kostenträchtige Komplikationen und die in den letzten Jahren stark steigenden Schadenersatzansprüche eingedämmt werden könnten.

PSRE-Art	Anteil %	Anzahl* mit PSRE	Anzahl* ohne PSRE
Unerwünschte Ereignisse (UE)	5-10 %	0,9-1,8 Millionen	17 -17,9 Millionen
Vermeidbare UE	2-40 %	360.000-720.000	18,08 -18,44 Millionen
Behandlungsfehler	1 %	188.000	18,78 Millionen
Tödliche Fehler	0,1 %	18.800	18,798 Millionen

Geschätzter Anteil und Anzahl Fälle mit patientensicherheitsrelevanten Ereignissen (PSRE) in Krankenhäusern Deutschlands (Bezugsjahr 2011) – Berechnung auf der Basis der Angaben des Sachverständigenrats-Gutachtens 2007

*geschätzte Häufigkeit bezogen auf 18,8 Millionen Behandlungsfälle 2011

Informationen zum Verfasser:
Prof. Dr. Max Geraedts, Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports

Ansprechpartner
Dr. Kai Behrens, AOK-Bundesverband, Telefon: 030 34646-2309 E-Mail: presse@bv.aok.de

Krankenhäuser erwarten Entschuldigung der AOK

DKG zu fragwürdigen Zahlen des AOK-Krankenhausreport 2014

Berlin, 24. Januar 2014 – „Ich fordere den AOK-Bundesverband auf, sich für die Behauptung im aktuellen Krankenhausreport, in deutschen Krankenhäusern würden 18.800 Menschen durch vermeidbare Behandlungsfehler zu Schaden kommen, zu entschuldigen“, erklärte der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Alfred Dänzer, zum Abschluss einer zwischenzeitlich vorgenommenen, ausführlichen Prüfung aller verfügbaren Daten über Schadenshäufigkeiten bei Krankenhausbehandlungen. Das Ergebnis sei eindeutig, so Dänzer: „Die im Report behauptete Zahl von Toten kann nur eine wissentliche Falschangabe sein. Jeder Schaden ist immer einer zu viel. In keinem Gesundheitswesen der Welt können aber Schäden ausgeschlossen werden.“

Tatsachen für den Krankenhausbereich in Deutschland seien, dass

- von allen bearbeiteten Anträgen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bei den Schlichtungsstellen der Ärztekammern 82 auf Todesfälle entfielen, – aus Schadendatenbanken von Haftpflichtversicherern ca. 1.200 Schadensansprüche mit Todesfallhintergrund hochgerechnet werden könnten,
- laut Report vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen selbst insgesamt nur 8.600 Fälle vermuteter Behandlungsfehler für den Krankenhausbereich genannt würden. (8.600 bei behaupteten 188.000!!) Über Todesfälle würden dabei überhaupt keine Angaben gemacht
- die Annahme, jeder zehnte der im Report behaupteten 188.000 Behandlungsfehler sei so gravierend, dass Patienten zu Tode kämen, absolut unseriös ist. Aus leider geschehenen, kleineren Behandlungsfehlern wie Medikamentenverwechslungen oder leichteren Infektionen sei dies nicht Schluss zu folgern.

Der Präsident der DKG kritisierte, dass diese Daten in einer seriösen wissenschaftlichen Aufarbeitung berücksichtigt hätten werden müssen. Dagegen seien Schätzungen (schon damals keine Fakten) aus den Jahren 1996 – 2006 „fortgeschätzt“ worden, obwohl alle Experten wüssten, dass in den letzten Jahren fundamentale Weiterentwicklungen bei der Installierung von Vorkehrungen und Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der Krankenhausleistungen erfolgt seien. Die von der AOK angegebene Höhe der Todesfälle infolge von Behandlungsfehlern in Krankenhäuser erweise

sich vor dem Hintergrund der Faktenanalysen als absolut unseriös. „In unverantwortlicher Weise wird offensichtlich das Ziel verfolgt, die Leistungen der Krankenhäuser und ihrer über eine Million engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verunglimpfen und die Patienten zu verunsichern“, kritisierte Dänzer. Er erwarte, dass der Spitzenverband der Ortskrankenkassen, der auch viele tausende AOKversicherte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser vertritt, den Anstand besitze, sich für die Falschbehauptungen im WiDO-Report 2014 zu entschuldigen.

Pressestelle
Moritz Quiske (Ltg.) Telefon +49 30 39801-1020
Holger Mages Telefon +49 30 39801-1022
Dagmar Vohburger Telefon +49 30 39801-1023
Sekretariat: Stephanie Gervers
Wegelystraße 3, 10623 Berlin
Telefon +49 30 39801-1021, Fax -3021
E-Mail: pressestelle@dkgev.de, www.dkgev.de

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland. Sie vertritt die Interessen der 28 Mitglieder – 16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände – in der Bundespolitik und nimmt ihr gesetzlich übertragene Aufgaben wahr. Die 2.017 Krankenhäuser versorgen jährlich 18,6 Millionen stationäre Patienten und rund 18 Millionen ambulante Behandlungsfälle mit 1,2 Millionen Mitarbeitern. Bei 86,8 Milliarden Euro Jahresumsatz in deutschen Krankenhäusern handelt die DKG für einen maßgeblichen Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen.

AOK-Versicherte sollten prüfen, ob sie noch in der richtigen Krankenkasse sind

VKD zum Krankenhausreport 2014

Berlin, den 23.01.2014. Die selbst ernannte Gesundheitskasse AOK macht wieder einmal Stimmung gegen die Krankenhäuser. Angeblich kommt es in jedem Jahr hier zu 19.000 Todesfällen aufgrund von Behandlungsfehlern. Das jedenfalls wurde bei der Vorstellung des AOK-Krankenhausreports 2014 mitgeteilt – allerdings mit Zahlen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit aus dem Jahr 2007. Hierzu erklärte der Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Dr. Josef Düllings: „Wir haben die Unterlagen des AOK-Bundesverbandes geprüft und sind entsetzt über diese Art der Öffentlichkeitsarbeit.“

So basieren die Zahlen aus dem Jahr 2007 größtenteils auf internationalen Studien. Der AOK-Report überträgt nun die damals ermittelten Anteile von Fehlern auf die aktuelle Zahl der Klinikfälle in Deutschland. Er ignoriert dabei außerdem, dass die Mehrzahl der Systeme anderer Länder, mit denen er vergleicht, unter Wartelisten, Beschränkungen im Zugang zur stationären Versorgung sowie Rationierung von medizinischen Leistungen und Medikamenten leiden. Damit wird ein völlig verzerrtes Bild von den Risiken gezeichnet wird, denen Patienten in deutschen Kliniken angeblich ausgesetzt sind.

„Das ist schlicht unseriös und eine unverantwortliche Panikmache gegenüber den Patienten. AOK-Versicherte sollten sich ernsthaft überlegen, ob sie einer Krankenkasse noch vertrauen können, die mit derart unseriösen Zahlen jongliert“, so der VKD-Chef.

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands weist die unseriöse und anprangernde Darstellung der AOK scharf zurück. Was ist das Ziel einer solchen Pseudo-Erhebung? „Lassen Sie mich auch einmal schätzen“, so Düllings. „Die AOK will damit offenbar erreichen, dass kleine Krankenhäuser schließen, dass bestimmte Leistungen auf einzelne Krankenhausstandorte konzentriert werden, dass die Kliniken vor allem noch stärker als bisher finanzielle Einschnitte in Kauf nehmen. Es geht immer und ausschließlich bei diesen Kampagnen von Kassenseite um Kostendämpfung. Wer tatsächlich meint, dass damit die Qualität der Leistungen steigen könnte, um somit Fehler zu vermeiden, hängt einem fatalen Irrtum an. Erreicht wird allenfalls eine Verunsicherung der Patienten und eine Demotivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.“

Die Krankenkassen – allen voran die AOK – sollten besser auf sich selbst und damit auf die Auswirkungen ihrer Aktivitäten schauen, die der Sicherheit unserer weit über 18 Millionen Patienten jährlich keinesfalls dienen, so der VKD-Chef. „Sie haben erheblichen Anteil an den Personal-kürzungen, der Leistungsverdichtung, der überbordenden Bürokratie in den Krankenhäu-

sern." Die AOK ignoriere darüber hinaus, was in den vergangenen Jahren an Anstrengungen in den Kliniken unternommen worden sei, die Qualität auf allen Gebieten erheblich weiter zu verbessern.

Der VKD-Präsident verweist darauf, dass in den Kliniken zunehmend Flächen deckend Risikomanagementsysteme und erheblich höhere Hygienestandards eingeführt worden sind. Die zertifizierten und besonders hochwertigen Behandlungszentren, insbesondere Brustkrebszentren, gynäkologische Krebszentren, Darmzentren, Endoprothetik-Zentren, Schlaganfallzentren, MS-Zentren usw. lassen ihre Qualität im externen Vergleich regelmäßig messen und werden durch jährliche Audits nach strengen Kriterien überprüft. Nur wenn diese Kriterien erfüllt sind, erfolgt eine Rezertifizierung. Die Patienten können also versichert sein, dass die Kliniken ständig alles tun, um eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund sei die „Skandalkommunikation" des AOK-Bundesverbandes selbst ein Skandal und ein Schlag ins Gesicht der gewissenhaften täglichen Arbeit von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden.

„Was wir hier erneut erleben, ist eine Fortsetzung des bisherigen Diffamierungskurses von Kassenseite gegen die Krankenhäuser, der an Scheinheiligkeit kaum noch zu überbieten ist. Wir können nur hoffen, dass Patienten vor Ort durch diese Verunsicherung nicht davon abgehalten werden, eine notwendige Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen. Zu hoffen ist auch, dass die Regierungsfraktionen, die ja laut Koalitionsvertrag demnächst an einem Eckpunktepapier für eine neue Krankenhausfinanzierung arbeiten wollen, diesem Kurs der Krankenkassen nicht folgen", so Düllings.

Kontakt
VKD-Geschäftsstelle Berlin
Telefon: 030 - 28885912, vkdgs@vkd-online.de
Pressesprecher Peter Asché
Kfm. Direktor Universitätsklinikum Aachen
Telefon: 0241 8088000, pasche@ukaachen.de

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) vertritt mit rund 2.500 Mitgliedern das Management fast aller deutschen Krankenhäuser einschließlich der Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Er versteht sich als Ansprechpartner insbesondere in Fragen der Krankenhauspraxis und des Klinikmanagements. www.vkd-online.de

Montgomery: „Wir lernen aus Fehlern"

Berlin, 21.01.2014 – „Fehler passieren, auch in der Medizin. Wir kehren diese Fehler aber nicht unter den Tisch, sondern wir lernen aus ihnen und wir setzen uns dafür ein, dass den betroffenen Patienten schnellstmöglich geholfen wird. Man muss die Zahl der festgestellten schwerwiegenden Behandlungsfehler aber im Verhältnis zur Gesamtzahl der rund 18 Millionen Behandlungsfälle in den Krankenhäusern und mehr als 540 Millionen allein im vertragsärztlichen Bereich sehen. Jeder Fehler ist ein Fehler zu viel, und dennoch müssen wir sehen, dass sich die Zahl dieser Behandlungsfehler im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Behandlungsfälle im Promillebereich bewegt. Zu beachten ist auch, dass der Verdacht auf einen Behandlungsfehler noch kein Behandlungsfehler ist. Wirklich schlimm ist es, wenn der Behandlungsfehler mit Pfusch gleichgesetzt wird. Pfusch ist vorsätzlich, aber Ärzte schädigen Patienten nicht vorsätzlich. Wir wollen auch nicht vertuschen, ganz im Gegenteil. Wir setzen uns für Transparenz ein.

Ob es der AOK allerdings wirklich um die Sache geht, darf bezweifelt werden. Vielmehr handelt es sich wohl um das durchsichtige politische Manöver, das Thema mit Negativschlagzeilen zu besetzen. Statt der üblichen Vorwurfspolitik hätten wir gerne von den AOK-Verantwortlichen gehört, was ihr Bundesverband ernsthaft unternimmt, um die Probleme zu mildern. Die deutsche Ärzteschaft ist das Problem frühzeitig und offensiv angegangen. Auf vielen Ärztetagen haben wir uns intensiv mit der Patientensicherheit auseinandergesetzt. Wir waren Initiatoren und sind Protagonisten dieses Themas. Es wäre deshalb sehr bedauerlich, wenn die AOK das Thema Patientensicherheit erneut missbraucht, um dem Thema „Pay for Performance" eine kassenseitige Wendung zu geben.

Im Übrigen sei auf die gute und seit Jahren akzeptierte Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern hingewiesen. Wie aus der Behandlungsfehlerstatistik der Bundesärztekammer hervorgeht, haben die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern im Jahr 2012 insgesamt 7.578 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bearbeitet. Dabei lag in 2.280 Fällen ein Behandlungsfehler vor. In den Krankenhäusern sank die Zahl der nachgewiesenen Fehler bei Kniegelenkarthrose (65 Fälle) und Unterarmfrakturen (55 Fälle) leicht ab."

Ansprechpartner:
Alexander Dückers, Samir Rabbata
Telefon 030 - 400456-700, Fax 030 - 400456-707
presse@baek.de, www.bundesaerztekammer.de

Fehler transparent machen und daraus lernen

Anlässlich der aktuellen Veröffentlichungen über Behandlungsfehler erklärt **Maria Klein-Schmeink**, Sprecherin für Gesundheitspolitik:

Jeder Fehler, der während einer medizinischen Behandlung passiert, ist einer zu viel. Denn er kann Leben gefährden oder die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Wir warnen davor, die Debatte über Behandlungsfehler für andere politische Ziele zu instrumentalisieren. Damit schadet man dem zentralen Anliegen, für mehr Patientensicherheit zu sorgen.

Fehler sind menschlich und gerade bei den zunehmend komplizierteren Eingriffen nicht vollständig auszuschließen. Wer dieses nicht zugesteht, der schafft ein Klima, in dem vor allem Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen oder mit einer Behinderung kaum noch Ärzte oder Therapeuten finden, die ein Risiko eingehen wollen. Zentral muss es sein, alles Menschenmögliche zur Vermeidung von Fehlern zu tun, eingetretene Fehler offen einzugestehen, transparent zu machen und daraus zu lernen. Geschädigte Patienten brauchen ein realistisch durchsetzbares Recht auf Entschädigung.

Die schwarz-gelbe Koalition konnte sich nicht zu einem stringenten Umgang mit Behandlungsfehlern durchringen und hat im Patientenrechtegesetz keine durchgreifenden Maßnahmen vorgesehen. Weder gibt es eine gesetzlich eindeutig verankerte Pflicht für Behandler und Krankenhäuser zur Teilnahme an Fehlermelde- und Vermeidungssystemen, noch wurden verpflichtende Register für Medizinprodukte mit hohem Gefahrenpotential vorgesehen. So bleiben die vielen freiwilligen Fehlervermeidungsansätze auf halber Strecke stecken. Hier ist der Gesetzgeber gefragt und muss im Bereich des Patientenschutzes und der Patientenrechte nacharbeiten.

Pressestelle
Bündnis 90/Die Grünen Bundestag
Dorotheenstraße 101, 10117 Berlin
Telefon: +49 (30) 227-57214, Fax: -56962
E-Mail: presse@gruene-bundestag.de
www.gruene-bundestag.de

Qualitätsoffensive gemeinsam mit den Krankenhäuser starten

Zur Veröffentlichung des AOK-Krankenhausreportes erklärt die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion Hilde Mattheis: Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie im Krankenhaus nach dem neusten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt werden. Dazu wollen wir sehr schnell eine Qualitätsoffensive gemeinsam mit den Krankenhäusern starten.

Die Studie der AOK zeigt, dass die Qualität in den deutschen Krankenhäusern noch weiter verbessert werden kann. Das wird ohne mehr Personal, besonders im Bereich der Pflege nicht gehen. Deshalb müssen die Personalkosten der Krankenhäuser in den Budgetverhandlungen besser abgebildet werden.

Im Koalitionsvertrag haben wir außerdem vereinbart, ein neues Qualitätsinstitut zu gründen, die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu verbessern, OP-Sicherheits-Checklisten zum Standard zu machen, Qualitätsverträge zwischen Kassen und Krankenhäusern zu ermöglichen und Register zur Beobachtung der Langzeitergebnisse aufzubauen. Bei bestimmten Indikationen soll Patientinnen und Patienten immer eine Zweitmeinung angeboten werden, die von der Krankenkasse bezahlt wird.

Die Qualitätsverbesserungen in den Krankenhäusern müssen jetzt schnell angegangen werden. Das liegt nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern auch im ureigenen Interesse der Krankenhäuser selber. Auch die Krankenkassen profitieren, weil jeder vermiedene Behandlungsfehler Geld spart.

Verfasser
Hilde Mattheis, Mitglied des Deutschen Bundestages gesundheitspolit. Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion
Platz der Republik, 11011 Berlin
Telefon: 030 - 22775142, Fax: 030 - 22776713
E-Mail: hilde.mattheis@bundestag.de

Gerd Norden

Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen unter der Lupe Teil IV

Foto: © Marco2811/fotolia.com

Zielvereinbarungen 033 - 041

Bewertung von Zielvereinbarungen in Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten durch die gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte

Die gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des VLK hat 9 weitere Zielvereinbarungstexte einer Bewertung unterzogen. Die entsprechenden Aussagen hierzu für die Zielvereinbarungen 033 - 041 finden Sie nachfolgend.30 der untersuchten Zielvereinbarungstexte beziehen sich auf eine Laufzeit nach dem 30.04.2013, also auf einen Zeitraum, für den der § 136 a SGB V Gültigkeit besitzt. Dieser § untersagt es Krankenhäusern, Zielvereinbarungen abzuschließen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen. Gleichwohl tauchen bei 9 dieser Zielvereinbarungstexte Elemente auf, die eindeutig dem Wortlaut des § 136 a SGB V widersprechen. Und 17 Zielvereinbarungselemente in diesen untersuchen Texten laufen der Intention des § 136 a SGB V zuwider, da sie auf finanzielle Anreize der Leistungsmengen abzielen. In Gesprächen mit Abgeordneten des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat der VLK auf diesen Sachverhalt hingewiesen. Als Konsequenz hat der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 02. April 2014 eine Sachverständigenanhörung zu diesem Themenkomplex durchgeführt, bei der neben der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch der VLK vertreten war. Der Ausschuss hat den Beteiligten auferlegt, entsprechende Formulierungsvorschläge für eine Modifikation des § 136 a SGB V und für die gemeinsame Empfehlung zwischen BÄK und DKG vorzulegen, um die von der Koordinierungsstelle aufgedeckten „Schwachstellen“ auszumerzen.

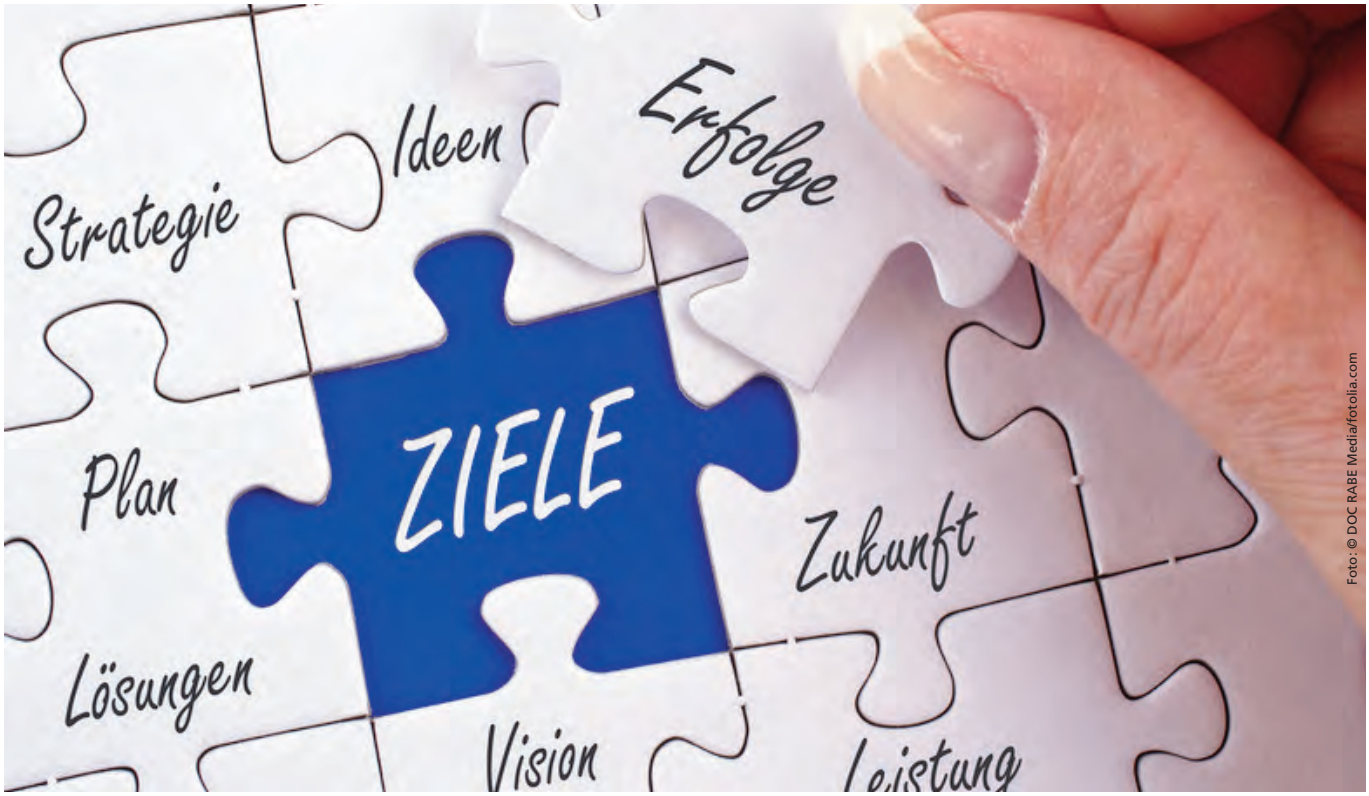

Foto: © DOC RABE Media/fotolia.com

Vorbemerkungen:

1. Bundesärztekammer und Verband der Leitenden Krankenhausärzte haben eine gemeinsame Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen" eingerichtet.

2. Vor dem Hintergrund der am 24.04.2013 zwischen Bundesärztekammer und Deutscher Krankenhausgesellschaft konsentierten Empfehlung gem. §136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen sowie vor dem Hintergrund des entsprechenden Beschlusses des 116. Deutschen Ärztetages 2013 und der VLK-Positionierung vom 15.05.2013 sollen in dieser gemeinsamen Koordinierungsstelle konkrete Zielvereinbarungstexte aus Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten einer Bewertung dahingehend unterzogen werden, ob diese Zielvereinbarungstexte der vorgenannten Empfehlung vom 24.04.2013 entsprechen. Die Bewertungsergebnisse sollen – anonymisiert – anschließend dokumentiert und publiziert werden.

3. Die in dieser Koordinierungsstelle erfolgten Bewertungen betreffen sowohl Zielvereinbarungen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der zwischen Bundesärztekammer und DKG konsentierten Empfehlung gemäß § 136a SGB V bereits in Kraft waren, als auch Zielvereinbarungen, die nach diesem Zeitpunkt leitenden Krankenhausärzten von Krankenhausträgern unterbreitet wurden.
Die Befassung der Koordinierungsstelle mit diesen Zielvereinbarungstexten soll deutlich machen, dass aus Sicht der Bundesärztekammer und des VLK auch mit dem Abschluss dieser im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abgegebenen Empfehlung der DKG vom 24.04.2013 nicht alle aktuell existierenden oder angebotenen Zielvereinbarungstexte von vornherein als empfehlungskonform einzustufen sind.
Damit wollen Bundesärztekammer und VLK sich als „Wächter" der Einhaltung dieser Empfehlung und – mehr noch – der Einhaltung des Wortlautes und der Intention des § 136a SGB V positionieren.

4. Die in der gemeinsamen Koordinierungsstelle vorgenommene Bewertung von Zielvereinbarungstexten erfolgt nach folgenden Kriterien:

4.1 Vereinbarkeit mit dem **Wortlaut** des §136a SGB V (Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei **einzelnen** Leistungen abstellen)

4.2 Verträglichkeit mit der **Intention** des §136a SGB V (Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei **Leistungsmengen** abzielen)

4.3 Akzeptanz **ökonomischer Inhalte** von Zielvereinbarungen nach folgender **„Faustregel"**: „Solange betriebswirtschaftli-

ches 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."[1]

Auf der Grundlage dieser Kriterien erfolgt die Bewertung der nachfolgend aufgeführten Zielvereinbarungen:

Zielvereinbarung 033

Inhalt der Zielvereinbarung:
Prämienzahlungen für
- Gewinnung von zwanzig neuen Einweisern mit mindestens drei Einweisungen im Durchschnitt pro Monat
- Steigerung des operativen Ergebnisses EBITDA (Betriebswirtschaftliche Rentabilitätskennzahl im Sinne eines Deckungsbeitrages) der Abteilungen Innere Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie)

Bewertung:
- **Prämienzahlung für Gewinnung neuer Einweiser:**
  Abzulehnen, da hierdurch finanzielle Anreize zur Steigerung der Fallzahl als Sekundäreffekt gesetzt werden. Dies stellt einen Widerspruch zur Intention der Vorschrift des § 136 a SGB V dar und begegnet berufsrechtlichen Bedenken.
- **Prämienzahlung für die Steigerung des operativen Ergebnisses der Abteilungen innere Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie):**
  Nur akzeptabel, wenn der leitende Krankenhausarzt das von seiner Abteilung erzielte Ergebnis dadurch positiv gestalten kann, dass die indizierten Maßnahmen unter Beachtung der „Faustregel" (siehe Ziffer 4.3) in seiner Abteilung wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.

Zielvereinbarung 034

Inhalt der Zielvereinbarung:
Prämienzahlungen für
- Erreichung von Bewertungsrelationen
- Erreichung einer durchschnittlichen Verweildauer auf INEK-Niveau
- Erfolgreiches Bestehen der Rezertifizierung
- Organisation und Gestaltung eines Gesundheitsforums
- Erreichung einer vorgegebenen Anzahl von Fortbildungspunkten gemäß den GBA-Fortbildungsregelungen pro Kalenderjahr und Arzt in der betreffenden Abteilung

Bewertung:
- **Prämienzahlung für Erreichung von Bewertungsrelationen:**
  Abzulehnen, da dieses Element der Zielvereinbarung gegen die Intention des § 136 a SGB V verstößt
- **Prämienzahlung für Erreichung einer durchschnittlichen Verweildauer auf INEK-Niveau:**
  Bemühungen um die Erreichung einer durchschnittlichen Verweildauer der Abteilung auf INEK-Niveau sind im Sinne des § 136 a SGB V **nicht zu beanstanden**.
- **Prämienzahlung für erfolgreiches Bestehen der Rezertifizierung, Organisation und Gestaltung eines Gesundheitsforums sowie Erreichung einer vorgegebenen Anzahl von Fortbildungspunkten gemäß den GBA-Fortbildungsregelungen pro Kalenderjahr und Arzt in der betreffenden Abteilung:**
  Grundsätzlich **positiv zu bewerten**, da diese Zielvereinbarungselemente unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben (hier insbesondere § 27 M-BO) geeignet erscheinen, das Image des Krankenhauses zu verbessern.

Zielvereinbarung 035

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlungen 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
- Rechtzeitiges und zeitnahes und ganzjähriges Diktieren der Entlassungsberichte innerhalb von durchschnittlich fünf Tagen
- Öffentlichkeitsarbeit(Teilnahme der Abteilung an mindestens zwei Veranstaltungen regional/überregional [z. B. Fortbildung für niedergelassene Ärzte] sowie Veröffentli-

[1] Siehe auch das zugrunde liegende Zitat von Prof. Dr. Urban Wiesing anlässlich der 191. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen in Kiel, siehe auch Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 26, 28. Juni 2013, Seite B 1129

chung von mindestens zwei Artikeln in der örtlichen Presse)

- Durchführung und Dokumentation der strukturierten, jährlichen Mitarbeitergespräche (Mitarbeiterzufriedenheit)

- Etablierung von klinischen Behandlungsfahrten sowie Einführung und Verwendung des CIRS-Konzeptes

- Bonus für Bruttoliquidationseinnahmen

Bewertung:

- **Bonuszahlung für wirtschaftliche Führung der Klinik:** 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" unter Ziffer 4.3.

- Konkret ist dieses Element der Zielvereinbarung jedoch nicht bewertbar, weil es in seiner Formulierung unklar bleibt. Die tatsächlichen wirtschaftlichen Ziele sind nicht ausformuliert und bleiben in dem genannten, zudem sehr ambitionierten Rahmen allgemein. Zudem erfolgt die Bewertung einseitig durch die Geschäftsführung der Klinik. Damit besteht die Gefahr, dass über diesen Weg doch eine dem Wortlaut und der Intention von § 136 a SGB V entgegenstehende Einflussnahme erfolgt.

- **Bonuszahlung für rechtzeitige Arztfreigaben; Reduzierung des Resturlaubes der ärztlichen Mitarbeiter; rechtzeitiges, zeitnahes und ganzjähriges Diktieren der Entlassungsberichte; Öffentlichkeitsarbeit; Durchführung und Dokumentation der strukturierten und jährlichen Mitarbeitergespräche; Etablierung von klinischen Behandlungspfaden, Einführung und Verwendung des CIRS-Konzeptes:** Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung sind diese Elemente der Zielvereinbarung dem Grund 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 Bruttoliquidationseinnahmen:** Akzeptabel, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten wahlärztlichen Leistungen nicht durch ökonomische Gesichtspunkte beeinflusst wird (siehe „Faustregel" nach Ziffer 4.3)

Zielvereinbarung 036

Inhalt der Zielvereinbarung:
Prämienzahlungen für
- Senkung der Loss/Profit-Rate (L/P-Rate) verbunden mit Optimierung der Verweildauersteuerung

- Reduzierung der Mehrarbeitsstunden der Assistenzärzte sowie Reduzierung des Einsatzes von Honorarärzten
- Bruttoliquidationseinnahmen

Bewertung:

- **Senkung der Loss/Profit-Rate (L/P-Rate) verbunden mit Optimierung der Verweildauersteuerung:** **Abzulehnen**, da diese Elemente der Zielvereinbarung der Intention des § 136 a SGB V widersprechen.
- **Reduzierung der Mehrarbeitsstunden der Assistenzärzte sowie Reduzierung des Einsatzes von Honorarärzten:** Konkrete Ausgestaltung und Gesamtkontext nicht bekannt, so dass nur bedingt bewertbar. **Akzeptabel** nur unter der Voraussetzung, dass die hier zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierungen bzw. Erlössteigerungen gemäß der „Faustregel" (siehe Ziffer 4.3) beeinflusst werden. Weiterhin müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.

- **Prämienzahlung für Bruttoliquidationseinnahmen mit vorgesehener Maximalgrenze: Akzeptabel**, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten wahlärztlichen Leistungen nicht durch Erlössteigerungs-Denken gemäß der „Faustregel" beeinflusst wird (siehe Ziffer 4.3). Auf Bedenken stößt die vorgesehene Deckelungsregelung. Vorzuziehen wäre zudem die Einräumung eines persönlichen Liquidationsrechtes.

Zielvereinbarung 037

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlungen für
- Steigerung des Case-Mix-Index

- Vorgabe einer Richtgröße zur Dokumentation aller Pneumonien bis Jahresende im Rahmen des Qualitätsmanagements

- Reduzierung von Überstunden im Rahmen von Zeitwertguthaben

Foto: © Marco2811/fotolia.com

- Reduzierung der Sachkosten

- Durchführung von Mitarbeiterjahresgesprächen

- Einschränkung der Möglichkeiten der Urlaubsübertragung

- Einweiserbindung durch Gespräche und Fortbildungsveranstaltungen

Bewertung:

- **Bonuszahlung für die Steigerung des Case-Mix-Index:**
  Abzulehnen, da dies einen Widerspruch zur Intention des § 136 a SGB V (Kopplung von finanziellen Reizen und Leistungsmengen) bedeutet.

- **Bonuszahlung für die Dokumentation aller Pneumonien:**
  Akzeptabel als Instrument der Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagements.

- **Bonuszahlung für die Reduzierung von Überstunden im Rahmen von Zeitwertguthaben:**
  Zulässig unter der Voraussetzung der Beachtung der einschlägigen arbeitsrechtlichen Vorschriften.

- **Bonuszahlung für die Reduzierung von Sachkosten:**
  Unter der Voraussetzung, dass das Sachkosten-Budget einvernehmlich verabschiedet wurde, kann unter Beachtung der „Faustregel" (sieht Ziffer 4.3) dieses Element der Zielvereinbarung **akzeptabel** sein. Sichergestellt muss hierbei jedoch sein, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch- fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können.

- **Bonuszahlung für die Durchführung von Mitarbeiterjahresgesprächen:**
  Dieses Element der Zielvereinbarung stellt ein **positiv zu beurteilendes** Führungsinstrument dar.

- **Bonuszahlung für die Einschränkung der Möglichkeiten der Urlaubsübertragung:**
  Akzeptabel, soweit zulässige gesetzliche und/oder arbeitsvertragliche Übertragungsgründe nicht außer Acht gelassen werden.

- **Bonuszahlung für die Einweiserbindung durch Gespräche und Fortbildungsveranstaltungen:**
  Akzeptabel, soweit in Bezug auf die Durchführung von Einweisergesprächen berufsrechtliche Voraussetzungen beachtet werden.

Zielvereinbarung 038

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlung für
- Erhöhung der durchschnittlichen Patientenzahl der Abteilung.

Bewertung:

- **Bonuszahlung für die Erhöhung der durchschnittlichen Patientenzahl der Abteilung:**
  Abzulehnen, da dieses Zielvereinbarungselement der Intention des § 136 a SGB V

widerspricht.

Zielvereinbarung 039

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlungen für
- Wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses/Unternehmensergebnis

- Wirtschaftliches/monetäres Ergebnis der Fachabteilung

Bewertung:
- **Bonuszahlung für wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses/ Unternehmensergebnisses mit Begrenzung auf max. 5.000 €:**
  Bedingt akzeptabel nur in soweit, 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 Beachtung der „Faustregel" (Ziffer 4.3) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden. Auf Bedenken stößt die vorgesehene Deckelungsregelung.

- **Bonuszahlung für wirtschaftliches/monetäres Ergebnis der Fachabteilung mit Begrenzung auf max. 15.000 €:**
  Die o.g. Bewertung **gilt gleichermaßen** für dieses Element der Zielvereinbarung.

Zielvereinbarung 040

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlungen für
- Einhaltung der Personal- und Sachkosten

- Teilnahme und Unterstützung bei der Zertifizierung des Krankenhauses oder von ausgewählten Fachbereichen

- Einführung neuer Behandlungsmethoden und Prozessoptimierung in der jeweiligen Abteilung
- Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung der Patienten und der Strukturqualität des Krankenhauses

- Maßnahmen zur Verbesserung der Zuweiserpflege und Ausschöpfung von Marktanteilen im Einzugsgebiet des Krankenhauses

Bewertung:
- **Bonuszahlung für Einhaltung der Personal- und Sachkosten: 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 diese 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, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können. Für die Bewertung der Einhaltung der Sachkosten gilt gleiches.

- **Bonuszahlung für Teilnahme und Unterstützung bei der Zertifizierung des Krankenhauses oder von ausgewählten Fachbereichen; Einführung neuer Behandlungsmethoden und Prozessoptimierung in der jeweiligen Abteilung sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung der Patienten und der Strukturqualität des Krankenhauses:**
  Diese Elemente von Zielvereinbarungen sind **akzeptabel**, da sie im Einklang mit § 136 a SGB V stehen.

- **Bonuszahlung für Maßnahmen zur Verbesserung der Zuweiserpflege und Ausschöpfung von Marktanteilen im Einzugsgebiet des Krankenhauses:**
  Unabhängig von der offen bleibenden rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung und wegen der daher letztlich nicht möglichen Bewertung ist dieses Element der Zielvereinbarung in dieser unklaren Form **abzulehnen**. Die Verknüpfung von Maßnahmen der Zuweiserpflege und Ausschöpfung von Marktanteilen im Einzugsgebiet des Krankenhauses mit einem bestimmten Anteil der variablen Vergütung ist abzulehnen, da in dieser allgemeinen und unklaren Form nicht deutlich wird, dass die berufsrechtlichen Vorgaben der §§ 30 ff. MBO-Ä beachtet werden.

Zielvereinbarung 041

Inhalt der Zielvereinbarung:
Bonuszahlung für
- Erreichen einer vorgegebenen Anzahl von Bewertungsrelationen (BWR)

Bewertung:
- **Bonuszahlung Erreichen einer vorgegebenen Anzahl von Bewertungsrelationen (BWR):**
  Abzulehnen, da dies einen Widerspruch zur Intention des § 136 a SGB V (Kopplung von finanziellen Anreizen und Leistungsmengen) bedeutet.

Rechtsanwalt Norbert H. Müller

Aus gegebenem Anlass

Wahlärztliche Leistungen / Stellvertretung / Delegation

In der jüngeren Vergangenheit ist es wiederholt zu neuer Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Erbringung wahlärztlicher Leistungen sowie der hiermit im Zusammenhang stehenden Problematik der Zulässigkeit und der Anforderung an Stellvertreterregelungen und Delegationsmöglichkeiten sowie der Anzahl der zu benennenden Stellvertreter gekommen.

Wenngleich die Rechtslage in Form der gesetzlichen Regelung zur persönlichen Leistungserbringung nach der Gebührenordnung für Ärzte sowie dem Krankenhausentgeltgesetz als auch die hierzu ergangene Rechtsprechung vor dem Hintergrund der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin und auch in der Krankenhauslandschaft teilweise durchaus als überholt und nicht praxisrelevant qualifiziert werden muss, sind diese Regelungen gleichwohl maßgeblich und können in Einzelfällen zu unnötigen Risiken bei der Durchsetzung von Honorarforderungen als auch ggf. zu unnötigen Risiken hinsichtlich der Vorwerfbarkeit fehlerhafter / unvollständiger Abrechnungen führen.

Aus diesem Grunde soll nachfolgend noch einmal komprimiert der Kern der Gesamtproblematik zusammengefasst geschildert und hierbei die zwischenzeitlich eingetretene Entwicklung in der Rechtsprechung berücksichtigt werden. Bei Beachtung der nachfolgenden Regelungen sollten dann unnötige Risiken zumindest – wenn schon nicht ausgeschlossen –, so doch erheblich minimiert werden können.

Foto: © vege/fotolia.com

I. Wahlärztliche Leistungen

1. Der Patient, der mit dem Krankenhausträger eine Wahlarztvereinbarung schließt, kauft sich die persönliche Betreuung und Leistungserbringung durch einen bestimmten Arzt, hier den nämlich benannten, hinzu. Der Patient ist bereit, für die Behandlung durch den Wahlarzt ein zusätzliches Honorar zur DRG-Pauschale zu zahlen, weil er sich eine besonders sachkundige und sorgfältige ärztliche Behandlung durch diesen Wahlarzt erhofft. Er will sich die persönliche Zuwendung und besondere Qualifikation sowie Erfahrung des von ihm gewählten Arztes – und zwar ohne Rücksicht darauf, ob er nach Art und Schwere der Erkrankung auf die Behandlung durch einen besonders qualifizierten Arzt angewiesen ist – sichern. Damit liegt der wesentliche Unterschied zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhaus-

leistungen – zumindest formalrechtlich betrachtet – nicht in der Art der ärztlichen Leistung, sondern in der Person des behandelnden Arztes.

2. Auf die Wahlarztvereinbarung und den sogenannten Arztzusatzvertrag, der konkludent zwischen Wahlarzt und Patient zustande kommt, findet das Dienstvertragsrecht Anwendung. Hiernach hat der zur Dienstleistung Verpflichtete seine Dienste im Zweifel in Person zu erbringen. Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist auch normiert in der GOÄ, hier § 4 Abs. 2 Satz 1, nach der

„der Arzt (…) Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen [kann], die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistung).“

Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung ergibt sich also aus der Wahlarztvereinbarung bzw. der dieser zugrundeliegenden Vorschrift des § 17 KHEntgG bzw. § 22 BPflV, dem Dienstvertragsrecht, hier § 613 Satz 1 BGB, als auch der Gebührenordnung. Da die sich aus den vorgenannten Regelungen ergebenden Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung kaum unterschiedlich sind, ergehen die folgenden Ausführungen maßgeblich auf der Grundlage des § 4 Abs. 2 GOÄ und der hierzu ergangenen Rechtsprechung sowie der diesbezüglichen Literatur.

II. Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung

Aus § 4 Abs. 2 GOÄ folgt, dass der Wahlarzt nicht sämtliche Leistungen persönlich zu erbringen hat, sondern die Delegation bei der Erbringung wahlärztlicher Leistungen durchaus zulässig sein kann.

1. Delegation

Als eigene Leistungen gelten neben den persönlich erbrachten Leistungen auch solche, die unter Aufsicht nach fachlicher Weisung des Wahlarztes erbracht worden sind. Voraussetzung der Zurechnung unter Inanspruchnahme Dritter erbrachter Leistungen als eigene Leistungen ist, dass

- es sich überhaupt um eine delegationsfähige Leistung, also nicht um eine Kern-/Hauptleistung handelt,
- es sich nicht um von der Delegation nach § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ ausgenommene Leistungen handelt,
- der die Leistung delegierende Arzt die Leistungserbringung beherrscht und
- an der Leistungserbringung eigenverantwortlich mitgewirkt hat.

a) Die Delegation von sogenannten Kern- oder Hauptleistungen steht nicht im Einklang mit der Erbringung wahlärztlicher Leistungen. Kern-/Hauptleistungen sind nach überwiegender Auffassung nicht delegierbar; allenfalls in Form der Stellvertretung zulässig.

Hierzu gehören in den „schneidenden Fachrichtungen“ die Erbringung der Operationsleistung bzw. die invasiven Eingriffe, im Bereich der Anästhesie die Intubation im Rahmen der ITN als auch die Ausleitung der Anästhesie (Hoffmann, Gebührenordnung für Ärzte – Kommentar – 3. Auflage, 30. Lieferung, Stand: November 2010, § 4 Ziff. 5.2), und im Bereich Labor und Radiologie typischerweise zumindest die Befundung.

Daneben ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Frage der Zuordnung medizinischer Leistungen zum Bereich der Kern-/Hauptleistungen und damit zum Ausschluss einer Delegationsfähigkeit derartiger Leistungen immer nur am konkreten individuellem Einzelfall abschließend beurteilt werden kann und hierbei – naturgemäß – auch Grauzonen bestehen. In Abhängigkeit von persönlichen Erfahrungen und individuellen „Sicherheitsempfinden“ sollte daher jeder betroffene Leistungserbringer, dies gilt für Ärzte genauso wie für Krankenhausträger, durchaus eher restriktiv von den Möglichkeiten der Delegation Gebrauch machen. Jegliche medizinische Leistung, die aus Sicht des Patienten – und auf diese kommt es letztlich an und nicht auf die Sicht des dies unter Umständen anders, wenn auch zutreffend, beurteilenden Arztes – nicht offensichtlich als „nebensächliche Unterstützungs- oder Zusatzleistung“ qualifiziert werden kann, sollte daher möglichst nicht delegiert werden.

b) Von der Möglichkeit der Delegation ausdrücklich ausgenommen sind nach § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ

- Leistungen nach den Nummern 1 bis 62 GOÄ innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
- Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
- Leistungen nach den Nummern 56, 200, 250, 250 a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung. Diese Leistungen können nur durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden.

c) Die für die Zurechnung als eigene Leistung erforderliche Ausübung der Aufsicht nach fachlicher Weisung setzt zunächst voraus, dass der Arzt die für die Leistungserbringung erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt. So können Leistungen nicht berechnet werden, die der Arzt selbst in Ermangelung entsprechender Kenntnisse nicht fachgerecht durchführen und dementsprechend auch das (nicht-)ärztliche Personal nicht anleiten und überwachen kann. Folglich genügt ein rein organisatorisches Weisungsrecht nach überwiegender Auffassung nicht, um dem Arzt Leistungen seiner Mitarbeiter via Delegation als eigene Leistungen zuzurechnen.

Die Ausübung der Aufsicht erfordert grundsätzlich die persönliche Erreichbarkeit bzw. Anwesenheit des Arztes. Es genügt insoweit nicht, lediglich das hinzugezogene Personal generell zu beaufsichtigen, sondern die Leistungserbringung hat unter der Aufsicht des Wahlarztes zu erfolgen.

d) Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf § 5 Abs. 5 GOÄ, nach dem bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, der Gebührensteigerungssatz zu mindern ist.

2. Stellvertretung

Von der Delegation strikt zu unterscheiden ist die Stellvertretung bei wahlärztlichen Leistungen im stationären Bereich. Die Stellvertretung erfolgt ohne eigene Mitwirkung des vertretenen Wahlarztes.

a) Auch wenn der Arzt die Dienste grundsätzlich persönlich zu erbringen hat, ist eine Stellvertretung mit dem Dienstvertragsrecht nach § 613 Satz 1 BGB vereinbar, da ausdrücklich Ausnahmen von der persönlichen Leistungserbringung zugelassen werden.

Auch in der GOÄ wird die Leistungserbringung durch den Wahlarzt mit der des vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreters gleichgestellt unter der Voraussetzung, dass der ständige ärztliche Vertreter Facharzt desselben Gebiets wie der Wahlarzt ist.

Die von einzelnen privaten Krankenversicherungen in der Vergangenheit vertretene Auffassung, die Stellvertretung des Wahlarztes sei generell unzulässig, dürfte spätestens seit der Entscheidung des BGH vom 20.12.2007 (III ZR 144/07) überholt sein. Unter den nachfolgenden Voraussetzungen ist die Stellvertretung möglich.

Bei der Zulässigkeit der Stellvertretung und der formellen Voraussetzungen dieser Vereinbarungen ist zu differenzieren zwischen der Vertretung durch einen nachgeordneten Arzt bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes einerseits und bei unvorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes andererseits.

b) Im Rahmen der **Wahlarztvereinbarung** kann ausschließlich die Vertretung bei <u>unvorhersehbarer</u> Verhinderung des Wahlarztes wirksam geregelt werden.

aa) In der Rechtsprechung anerkannt als unvorhersehbare Abwesenheit des Chefarztes sind Unfälle des Wahlarztes 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, der die krankheitsbedingte Abwesenheit, ab dem 2. Tage, weil dann vorhersehbar, eine vorhersehbare Verhinderung, die über eine Stellvertreterklausel in der Wahlleistungsvereinbarung nicht wirksam abgedeckt werden kann.Hintergrund ist, dass bei einer einseitig verwendeten formularmäßigen Wahlleistungsvereinbarung, deren Wirksamkeit an den strengeren Anforderungen des für allgemeine Geschäftsbedingungen (§§ 305 ff. BGB) geltenden Rechts zu messen wäre, der Vertragspartner, also der Patient, nicht unangemessen benachteiligt werden darf bzw. die Stellvertretervereinbarung für den Patienten überraschend und damit unwirksam ist (OLG Düsseldorf, NJW 1995, S. 2421; OLG Stuttgart, Urteil vom 17.01.2002; LG Hamburg, Urteil vom 12.11.2004, 332 O 305/04).

Die Stellvertretung in der Wahlarztvereinbarung ist also auch ausdrücklich auf die <u>unvorhersehbare</u> Verhinderung des Wahlarztes zu beschränken.

bb) Entsprechend hat die Liste mit den im Einzelnen benannten Vertretern als Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung lediglich im Falle der <u>unvorhersehbaren</u> 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.Zumindest bei einer untergeordneten Schwer-

punktbildung in größeren Abteilungen sollte unseres Ermessens nach die Benennung mehrerer ständiger ärztlicher Vertreter möglich sein, wobei diese dann den jeweiligen Schwerpunktbereichen in der Wahlleistungsvereinbarung namentlich 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 Zeitupunkt der Unterzeichnung der Wahlleistungsvereinbarung vorliegenden Liste namentlich benannt sind.

Auch die Bundesärztekammer hält es grundsätzlich für möglich, dass in größeren Abteilungen in der vorgenannten Form 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.

Gleichfalls müssen wir bereits an dieser Stelle darauf hinweisen, dass es durchaus 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.

Im Ergebnis bleibt insoweit festzuhalten, dass mangels höchstrichterlicher Klärung der Streitfrage in der Rechtsprechung bei der Benennung mehrerer ständiger ärztlicher Vertreter ein gewisses, in seinem Umfang schwer einsschätzbares Risiko des Honorarausfalls für die von den ständigen ärztlichen Vertretern erbrachten Leistungen besteht, sofern mehrere ständige Vertreter benannt werden.

c) In der Wahlarztvereinbarung kann aus AGB-rechtlichen Gründen keine Stellvertretung im Falle der vorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes vereinbart werden. Insofern bedarf es – in Abgrenzung zu Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) – einer Individualvereinbarung mit dem Patienten, die dann nicht an den strengen Maßstäben des für AGB geltenden Rechts, sondern an den allgemeinen rechtlichen Maßstäben, denen dann möglicherweise Genüge getan ist, zu messen ist.

Die individuelle Vereinbarung der Stellvertretung bei wahlärztlichen Leistungen setzt zunächst ein Wahlrecht des Patienten voraus. Ihm ist anzubieten, zu wählen zwischen den Verzicht auf die Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen verknüpft mit dem Hinweis, dass er selbstverständlich alle notwendigen Behandlungsmaßnahmen erhält, dem Zuwarten, bis der Grund der Verhinderung in der Person des Wahlarztes entfallen ist, und der Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen durch den namentlich zu benennenden Oberarzt/Stellvertreter des Wahlarztes.

Die Verhinderung des Wahlarztes sowie das Angebot einer Stellvertretervereinbarung sind dem die wahlärztlichen Leistungen in Anspruch nehmenden Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt mitzuteilen bzw. zu unterbreiten; möglichst bei erstmaliger Kenntnis der Verhinderung.

Ferner weisen wir in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bei einer solchen individuellen Stellvertretervereinbarung die vom BGH mit Urteil vom 20.12.2007 aufgestellten Grundsätze eingehalten werden müssen. Zudem ist zu beachten, dass diese Entscheidung auf der Vertretung wegen Abwesenheit des Wahlarztes basierte, so dass bei einer Vertretung aus anderen Gründen, beispielsweise spezieller Qualifikation, Erfahrung oder Fähigkeit des Stellvertreters trotz Anwesenheit des Wahlarztes keine zwingende automatische Übertragung dieser Grundsätze möglich ist.

Die Einhaltung der vorstehend für die Abrechenbarkeit wahlärztlicher Leistungen beschriebenen Essentialia sollte mithin das Ausfallrisiko und insbesondere das Risiko jeglicher rechtlich relevanter Vorwürfe in diesem Zusammenhang deutlich reduzieren. Dass selbst bei Einhaltung dieser Rahmenbedingungen in konkreten Einzelfällen Restrisiken verbleiben, ist schlicht der Uneinheitlichkeit der Rechtsprechung sowie der unüberschaubaren Vielzahl denkbarer individueller Fallkonstellationen geschuldet. Bei Einhaltung dieser Grundsätze sollte dann aber zumindest jeglichem Vorwurf etwaigen strafrechtlich relevanten Fehlverhaltens in ausreichendem Maße die Grundlage entzogen sein.

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

Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst

Zur Bedeutung der Entwicklungsklausel im Chefarztvertrag

Landesarbeitsgericht Düsseldorf Urteil vom 19.12.2013 – 15 Sa 207/13 (n.n.r.)

Die Quintessenz der Entscheidung des Landesarbeitsgerichts Düsseldorf vom 19.12.2013, in der das Landesarbeitsgericht die Ordnung von Direktionsrecht einerseits und Änderungskündigung andererseits auch im Bereich von Chefarztverträgen wiederherstellt und der Entwicklungsklausel damit einen eigenen Regelungsgehalt abspricht, ist in einem Satz, wie folgt, zusammenzufassen:

> *Durch die arbeitsvertragliche Vereinbarung der Zuständigkeit des Chefarztes für einen bestimmten Fach- und Aufgabenbereich, nämlich „seine Klinik / Abteilung", ist bei dem liquidationsberechtigten und damit unternehmerisch tätigen Chefarzt eine verbindliche Festlegung im Sinne einer maßgeblichen Vertragsbedingung erfolgt, die nicht einseitig durch den Arbeitgeber in Ausübung des Direktionsrechts geändert werden kann, sondern eine Änderungskündigung erfordert.*

Das Landesarbeitsgericht Düsseldorf warf im Rahmen eines Änderungskündigungsschutzverfahren s, gerichtet gegen die Unterteilung einer Klinik für Innere Medizin, die Frage auf, ob es überhaupt einer Änderungskündigung bedurft hätte, oder ob die Änderung nicht in Ausübung des arbeitgeberseitigen Direktionsrechtes hätte umgesetzt werden können mit der Folge, dass die Kündigungsschutzklage dann „ins Leere" gegangen wäre (vgl. BAG Urteil vom 26.01.2012 – 2 AZR 102/11, Urteil vom 25.04.2013 – 2 AZR 110/12). Das Landesarbeitsgericht versteht die Entwicklungsklausel weder als das Direktionsrecht begrenzend, noch erweiternd, sondern organisatorische Änderungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen allenfalls erhaltend. Denn im Übrigen sei durch die arbeitsvertragliche Vereinbarung der Zuständigkeit des Chefarztes für einen bestimmten Fach- und Aufgabenbereich, nämlich „seine Klinik/Abteilung", bei dem liquidationsberechtigten und damit unternehmerisch tätigen Chefarzt eine verbindliche Festlegung im Sinne einer maßgeblichen Vertragsbedingung erfolgt, die nicht einseitig durch den Arbeitgeber geändert werden könne.

„Was bisher geschah"

Mit der im Chefarztbereich üblichen Entwicklungsklausel behält sich der Krankenhausträger vor, organisatorische und strukturelle Änderungen in der jeweiligen dem Chefarzt zur Leitung übertragenen Klinik/Abteilung in Ausübung des arbeitgeberseitigen Direktionsrechtes vorzunehmen. Ausgleichs- und Entschädigungsansprüche sind regelmäßig ausgeschlossen, sofern die Gesamtvergütung des Chefarztes nicht unter einen individuell vereinbarten Schwellenwert von 70 % bis 90 % der Gesamtvergütung sinkt. Während das Bundesarbeitsgericht (Urteil vom 28.05.1997 – 5 AZR 125/96) die Entwicklungsklausel als Begrenzung des arbeitgeberseitigen Direktionsrechtes verstand, stellt es für einige Arbeitsgerichte nach Inkrafttreten des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes zum 01.01.2002 dessen Erweiterung dar, die zudem eine unangemessene Benachteiligung des Chefarztes mit sich bringe und als Verstoß gegen das Recht für Allgemeine Geschäftsbedingungen unzulässig und unwirksam sei (vgl. Arbeitsgericht Paderborn Urteil vom 12.04.2006 – 5 Ca 23/05; Arbeitsgericht Heilbronn Urteil vom 04.09.2008 – 7 Ca 214/08 – Medizinrecht 2009, S 99

f.; Arbeitsgericht Bamberg Urteil vom 20.05.2009 – Ca 931/08; a. A. VGH BW Beschluss vom 15.10.2010 – S 1935/10). Daraufhin ist die Entwicklungsklausel von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in ihrer Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag um Gründe, die die Änderungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen rechtfertigen sollen, erweitert worden, insbesondere um dem Transparenzgebot entsprechend der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts zur Widerrufsvorbehalt Rechnung zu tragen.

Das Landesarbeitsgericht hat sich intensiv mit der vertraglichen Gestaltung befasst und ist insoweit der Auffassung der den Kläger vertretenden Justiziaren des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. gefolgt, das mit der Übertragung der Aufgaben als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin der (Umfang des) Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich (es) und damit auch das Leistungsspektrum definiert wird. Ferner hat die Kammer des Landesarbeitsgerichts übernommen, dass die Definition des Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiches nach der Weiterbildungsordnung erfolgt und mit dem Liquidationsrecht für die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen sowie der hier als Nebentätigkeit genehmigten Privat- und KV-Ambulanz korrespondiert.

Die Entscheidung des LAG

„Nach Auffassung der Kammer ist der Arbeitsvertrag des Klägers dahingehend auszulegen, dass mit der Übertragung der Verantwortung und den Aufgaben „seiner Klinik“ auf den Kläger die seinerzeit gegeben Fach- und Tätigkeitsbereiche und die diesbezügliche Abteilungsstruktur verbindlich festgelegt worden ist, das heißt für den maßgeblichen Vertragsbedingungen zählen sollten.“

Die Besonderheit in Chefarztverträgen liegt vor allem darin, dass die Chefärzte den maßgeblichen Anteil ihres diesbezüglichen Einkommens in aller Regel aus den Liquidationsrechten beziehen – als Teil ihrer Vergütung, wie es auch hier geregelt ist. Es handelt sich dabei um eine vom Arbeitgeber eingeräumte Erwerbschance, die der Chefarzt quasi in eigener unternehmerische Betätigung wahrnehmen kann.“
(LAG Düsseldorf a.a.O.)

Vor diesem Hintergrund müsse es, so das LAG Düsseldorf weiter, den Interessen des Chefarztes zuwiderlaufen, wenn er sich auf ein Vertragswerk einlasse, welches nicht die für seine Reputation und Verdienstmöglichkeiten maßgeblichen, bei Einstellung vorgefundenen Bedingungen verbindlich festschreibe, sondern diese in die einseitige Abänderungsbefugnis des Arbeitsgerbers stelle.

Auf der anderen Seite würde auch ein Krankenhausträger keine Garantie im Hinblick auf die Beibehaltung des bei Vertragsschluss bestehenden „status quo“ abgeben, indem er auf die Ausübung bestimmter Befugnisse seiner unternehmerischen Organisationsfreiheit gegenüber dem Chefarzt im Vertrag verbindlich verzichte.

An dieser Stelle kommt dann die Entwicklungsklausel ins Spiel: Die Benennung einer Vielzahl organisatorischer Maßnahmen, die an sich – also ohne explizite vertragliche Festlegung des Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiches, mithin außerhalb von Chefarztverträgen – unter die unternehmerische Organisationsfreiheit fielen auch ohne ausdrückliche Vereinbarung. Deren Erwähnung mache nur dann Sinn, wenn man zugrunde legte, dass die Parteien den Zuständigkeits- und Nebentätigkeitsbereich verbindlich festgelegt haben. Nur in diesem Falle nämlich bestehe ein Klarstellungsbedarf dahingehend, dass die bei Vertragsschluss zugrunde gelegten Klinik- bzw. Abteilungsstrukturen und auch die als Vergütungsbestandteil anzusehenden Verdienstchancen des Klägers durch Liquidationseinnahmen der Höhe nach nicht unabänderlich seien, das heißt eine „Garantie“ für deren Beibehaltung in dem bei Vertragsschluss gegeben Umfang seitens des Krankenhausträgers nicht übernommen werden sollte. Weitergehende Befugnisse enthalte die Entwicklungsklausel nicht. Insbesondere seien ihr keine Regelungen zur Umsetzung oder Durchsetzung der aufgezählten organisatorischen Maßnahmen zu entnehmen, so dass auf das „normale“ arbeitsrechtliche Instrumentarium – Direktionsrecht und/oder Änderungskündigung zurückgegriffen werden müsse.

Die hier beabsichtigte Änderung der vertraglich verbindlich festgelegten Klinik- und Abteilungsstruktur könne nicht in Ausübung des arbeitgeberseitigen Direktionsrechtes geändert werden, sondern bedurfte der Änderungskündigung, die bereits in Ermangelung der Zustimmung der Mitarbeitervertretung unwirksam war.
Der Fortgang der Angelegenheit vor dem Bundesarbeitsgericht bleibt selbstverständlich abzuwarten.

Weitere Informationen:
Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst,
Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht
c/o Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt,
Monstadt, Dr. Eisbrecher
Kortumstraße 100, 44787 Bochum,
E-Mail: rumpenhorst@klostermann-rae.de

Gerd Norden

Europawahl 2014

Im Zeitraum vom 22. - 25. Mai 2014 findet in den 28 EU-Mitgliedstaaten die Wahl für die Abgeordneten des Europäischen Parlamentes statt. Rechtzeitig vor diesem Wahltermin hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einem Anfang März 2014 publizierten Positionspapier die Erwartungen der deutschen Krankenhäuser an die Gesundheitspolitik der EU artikuliert. Gleichzeitig hat DKG in kurzer und prägnanter Form die wesentlichen Merkmale dargelegt, die verdeutlichen sollen, dass die Krankenhäuser in Deutschland für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung vorbereitet sind.Das Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Europawahl 2014 ist nachfolgend abgedruckt.

DKG-Position zur Europawahl 2014

Erwartungen deutscher Krankenhäuser an die Gesundheitspolitik der EU

I. Erwartungen deutscher Krankenhäuser an die Gesundheitspolitik der EU

Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik spielen in der Europäischen Union (EU) eine immer größere Rolle. Die deutschen Krankenhäuser haben diese Entwicklung frühzeitig erkannt und wollen konstruktiv und aktiv an der Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik der EU mitwirken. Prämisse muss dabei für alle beteiligten Akteure sein, dass eine Gesundheitspolitik der EU die Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten in sinnvoller und schonender Weise unterstützt und da aktiv ergänzt, wo gemeinsames Handeln im Vergleich zu einzelstaatlichen Maßnahmen bessere Erfolge erzielt.

Mit nachstehendem Katalog von Forderungen und Wünschen an die Gesundheitspolitik der EU möchten die deutschen Krankenhäuser Denkanstöße für eine breite Debatte liefern und damit zur Identifizierung von Zielen, die mit einer Gesundheitspolitik der EU erreicht werden sollen und können, einen aktiven Beitrag leisten.

Anspruch und Verpflichtung, sich an der europäischen Debatte über eine bessere Gesundheitsversorgung zu beteiligen, ergeben sich für die deutschen Krankenhäuser wie folgt: Über **2.000 Krankenhäuser versorgen** mit ihren rund 1,1 Millionen Mitarbeitern jährlich über 18 Millionen Patienten stationär und rund 20 Millionen Patienten am-

bulant. Mit rund 86,8 Milliarden Euro Jahresumsatz sind die deutschen Krankenhäuser ein bedeutender Wirtschaftsfaktor im Wachstumsmarkt Gesundheitswesen. In vielen Regionen ist das Krankenhaus der größte Arbeitgeber.

Krankenhäuser haben besondere Verantwortung für die Gesundheitsversorgung

Krankenhäuser nehmen für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung eine zentrale Aufgabe wahr und stellen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung flächendeckend und umfassend sicher. Dabei müssen sie, gerade um dem Versorgungsauftrag gerecht werden zu können, auch unternehmerisch denken und handeln. Eine **Klassifizierung von Krankenhäusern als Unternehmen** im klassischen Sinn würde aber dem sozialen Auftrag der Krankenhäuser nicht gerecht werden. Mit einem solchen Schritt wären die Häuser unkontrollierten Marktmechanismen unterworfen, die die Sicherstellung des Versorgungsauftrags und damit die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Gefahr bringen würden.

Gesundheitsversorgung in nationaler Verantwortung

Der Grundsatz, dass **Mitgliedstaaten verantwortlich** sind für die Organisation ihrer Systeme in den Bereichen soziale Sicherung und Gesundheit, ist eine wichtige Basis des sozialen Friedens und des Zusammenhalts der jeweiligen Gesellschaft. Diese Grundentscheidung wurde durch den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union von Lissabon bestätigt und sollte bei Diskussionen zur Gesundheitspolitik der EU die von allen getragene Gesprächsgrundlage bleiben. Eine Gesundheitspolitik der EU muss daher den jeweiligen gesellschaftlichen Konsens eines jeden Mitgliedstaats wahren, unter welchen organisatorischen und finanziellen Bedingungen Gesundheitsversorgung für die jeweils eigenen Bürger zugänglich sein kann und soll.

EU kann nationale Gesundheitspolitik ergänzen

Eine Gesundheitspolitik der **EU kann nationale Maßnahmen sinnvoll unterstützen** und ergänzen. Beispielsweise durch finanzielle Förderung gemeinsamer Forschung und durch Organisation von Diskussionsplattformen auf EU-Ebene können Fortschritte erreicht werden, die durch einzelne Staaten möglicherweise nicht in diesem Umfang erzielbar wären. Eine sinnvoll-fördernde, aber subsidiäre Gesundheitspolitik der EU ist daher eine lohnenswerte Herausforderung, deren Gestaltung – unter weitest gehender Berücksichtigung nationaler Strukturen – die größte Akzeptanz der europäischen Ergänzungen bei nationalen Akteuren findet.

EU-Gesundheitsstrukturfonds einrichten

Deutsche Krankenhäuser sprechen sich für die Schaffung eines eigenen **Gesundheitsstrukturfonds der EU** aus. Eine gut ausgestattete Gesundheitsversorgung in allen Mitgliedstaaten ist nicht nur Grundvoraussetzung für eine gute Volksgesundheit und damit für Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftswachstum in ganz Europa. Investitionen in die Gesundheitssysteme als oftmals größte Arbeitgeber sind auch Fördermaßnahmen für einen kontinuierlich wachsenden und in Krisenzeiten stabilen Wirtschaftszweig. Durch Maßnahmen der Krankenhausbauförderung und der Bereitstellung von Mitteln für die Beschaffung medizinischer Geräte sowie durch Unterstützung der Ausbildung von Krankenhauspersonal könnte den gemeinsamen Werten und Prinzipien der Gesundheitssysteme der EU, wie sie vom Europäischen Rat im Juni 2006 verabschiedet wurden, Rechnung getragen werden.

Gleichzeitig hat die Europäische Union in anderen Politikbereichen teilweise eine umfassende Gestaltungskompetenz erhalten. Maßnahmen aus

diesen Bereichen können teils eine erhebliche Auswirkung auf die Struktur, die Finanzierungsgrundlage oder die sonstige Organisation der mitgliedstaatlichen Gesundheitswesen haben. Bei zahlreichen Initiativen braucht es **mehr Sensibilität** für die – manchmal nicht beabsichtigten – Folgen für die Gesundheitsversorgung. Mögliche strukturelle und finanzielle Auswirkungen für die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten sollten daher Bestandteil jeder **Gesetzesfolgenabschätzung** auf europäischer Ebene sein.

Auswirkungen auf Gesundheitsversorgung als automatischer Reflexionsprozess bei allen

Mit Sorge beobachten die deutschen Krankenhäuser die zunehmende Vorgehensweise, der Europäischen Kommission in erheblichem Maße Kompetenzen für sogenannte „delegierte Rechtsakte“ und „Durchführungsrechtsakte“ zu übertragen. In Ausübung dieser ursprünglich auf technische Details fokussierten Vorschriften werden immer häufiger auch politische Entscheidungen ohne die notwendige parlamentarische und mitgliedstaatliche Legitimation und Kontrolle erlassen. Damit wird das primärvertragliche Kompetenzgefüge ausgehöhlt.

EU-Gesetzgebung durch Europäisches Parlament und Rat

Bei allen Rechtsakten, Maßnahmen und sonstigen Initiativen der Europäischen Union müssen klare Finanzierungsaussagen für die Schaffung von neuen Aufgaben oder die mögliche Umverteilung bereits bestehender Zuständigkeiten getroffen werden. Krankenhäuser sind teilweise direkt Adressat von gesetzlichen Aufgaben durch den EU-Gesetzgeber und oft durch EU-Vorgaben in der Pflicht, teils bestehende Strukturen anzupassen oder neue Strukturen in den Betriebsabläufen zu implementieren. Sofern dafür Maßnahmen der EU ursächlich sind, muss der Urheber auch für eine ausreichende Refinanzierung Sorge tragen.

Aufgaben für Krankenhäuser durch EU-Gesetzgebung muss finanziert werden

II. Wofür die deutschen Krankenhäuser stehen

Wahlfreiheit für EU-Patienten

Mit der Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung haben die Bürgerinnen und Bürger europaweite Wahlfreiheit für Gesundheitsleistungen erhalten. Deutsche Krankenhäuser bieten ein hohes Maß an Qualität von medizinischen Leistungen und Dienstleistungen rund um die Gesundheitsversorgung. Das verstärkte ambulante Potenzial deutscher Krankenhäuser bietet dabei zusätzliche Chancen. Die Krankenhäuser sind für den europäischen Wettbewerb um Patienten bereit und wollen Gesundheitsdienstleistungen und medizinische Dienstleistungen (z. B. Diagnostik- und Therapieberatung sowie telemedizinische Dienstleistungen und Beratungen) für Patienten aus dem Ausland erbringen.

Deutsche Krankenhäuser sind bereit für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Europäische Referenznetzwerke

können sinnvoll ergänzen Mit der Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurden die Mitgliedstaaten zu einer engen Kooperation im Bereich seltene Erkrankungen und spezialisierte Leistungen verpflichtet und sollen „Europäische Referenznetzwerke“ errichten. Die Errichtung und die Unterhaltung der Europäischen Referenznetzwerke muss die mit dem Lissabon-Vertrag festgelegte nationale Organisationskompetenz für die Gesundheitsversorgung wahren. Weder dürfen Planungskompetenzen der zuständigen Behörden beeinträchtigt werden, noch dürfen aus der Arbeit der Europäischen Referenznetzwerke verpflichtend Qualitäts- oder

Europäische Referenznetzwerke als Ergänzung zum nationalen Versorgungsangebot organisieren und sicher finanzieren

Strukturvorgaben für die nationale Ebene abgeleitet werden. Die Finanzierung der Europäischen Referenznetzwerke ist Aufgabe der Mitgliedstaaten und der Europäischen Union.

Mobilität für Gesundheitsberufe

Die – auch zeitlich befristete – Anstellung von Arbeitnehmern aus anderen Mitgliedstaaten kann zur Steigerung der Qualität der Krankenhausversorgung in Deutschland und zur Abdeckung von personellen Engpässen dienen. Mit der Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen wird ein wichtiger Schritt in Richtung einer verstärkten Mobilität von Arbeitnehmern gegangen. Dieser Weg ist weiter zu beschreiten. Die nun von der Europäischen Kommission übertragene Kompetenz, in einigen Teilen der Richtlinie delegierte Rechtsakte zu erlassen, beispielsweise für die Ausbildungsziele für Krankenpflegekräfte, darf allerdings nicht dazu führen, dass die hochwertige deutsche Fachkräfteausbildung derart verändert wird, dass neue Berufsbilder entstehen.

Mobilität der Gesundheitsberufe fördern

Neuorganisation der Arbeitszeit im Krankenhaussektor

Die besondere Aufgabenstellung für die Krankenhäuser im Rahmen der Versorgungssicherheit (Leistungsvorhaltung rund um die Uhr, unterschiedliche Intensität der Inanspruchnahme von Leistungen) erfordert in besonderer Weise eine flexible Arbeitszeitorganisation. Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, eine finanzierbare und problemorientierte Arbeitszeitgestaltung zu organisieren, z. B. in Form von Bereitschaftsdiensten. Die Bemühungen um eine patienten- und mitarbeiterfreundliche Arbeitszeitorganisation in den Kliniken muss durch einen Rechtsrahmen begleitet werden, der differenzierte Formen der Arbeitszeit und ihrer Bewertung zulässt. Eine Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie sowie eine Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes sind dringend erforderlich.

Überarbeitung der EU-Arbeitszeitrichtlinie notwendig

Höhere Qualität der Leistung durch Austausch von Informationen

Durch den Austausch von Erfahrungen und „good practices“ kann die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen oder bei medizinischen Geräten gesteigert werden. Die Europäische Union kann einen freiwilligen Austausch für alle, die daran interessiert sind, mit der Bereitstellung und Unterstützung von Austauschplattformen fördern.

Foto: © Jipé/fotolia.com

Gleichzeitig ist anzuerkennen, dass auch durch die Möglichkeiten der „Offenen Methode der Koordinierung“ für die Optimierung der Gesundheitsversorgung in Europa ein Mehrwert generiert werden kann. Das Erreichen der Ziele „universelle Zugänglichkeit, hohe Qualität und nachhaltige Finanzierbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen“ kann durch die Methode der offenen Koordinierung unterstützt werden. Bei eindeutiger Festlegung von belastbaren und objektiven Indikatoren, die durch streng methodische Verfahren gewonnen werden, können unter Beteiligung der gesundheitspolitischen Akteure internationale Best-Practice-Beispiele identifiziert und evaluiert werden. Die Umsetzung möglicher gemeinsamer Ziele muss dabei in der alleinigen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten verbleiben.

Europäischen Mehrwert durch Austausch von Wissen und Erfahrung schaffen

Förderung der gemeinsamen Forschung mit Partnern in Europa

Deutsche Krankenhäuser arbeiten innovativ und zukunftsgerichtet. Mit erheblichem Aufwand an finanziellen Mitteln und Personal werden Verfahren und Produkte entwickelt, die Diagnose und Therapie am Patienten ständig verbessern. Dieses hohe Innovationspotenzial kann durch Zusammenarbeit mit Partnern in Europa zum Wohle der Patienten noch gesteigert werden. Die Europäische Union kann hier durch administrative Hilfe und Forschungsförderung unterstützend tätig werden.

Europäische Forschungsförderung für mehr Innovation

Die Förderung von Forschung im Bereich Gesundheitsversorgung ist zugleich Förderung der Zukunftsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit eines der stärksten Wirtschaftsbereiche in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Der Forschungsförderung im Bereich der Gesundheit sollte daher eine hohe Priorität eingeräumt werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland. Sie vertritt die Interessen der 28 Mitglieder – 16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände – in der Bundes- und EU-Politik und nimmt ihr gesetzlich übertragene Aufgaben wahr. Die 2.017 Krankenhäuser versorgen jährlich 18,6 Millionen stationäre Patienten und rund 18 Millionen ambulante Behandlungsfälle mit 1,2 Millionen Mitarbeitern. Bei 86,8 Milliarden Euro Jahresumsatz in deutschen Krankenhäusern handelt die DKG für einen maßgeblichen Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen.

Anschrift des Verfassers:
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
Bereich Presse und Öffentlichkeitsarbeit
Postfach 12 05 55, 10595 Berlin
Hausanschrift:
Wegelystraße 3, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 398010
Fax: +49 (0) 30 398013000
E-Mail: pressestelle@ dkgev.de
Internet: www.dkgev.de

Das stand auf der Agenda März 2014

07.03.2014 Düsseldorf
- Gespräch mit BÄK-Hauptgeschäftsführer Dr. Rochell, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

10.03.2014 Düsseldorf
- MEDICA-Beirat, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

10.03.2014 Berlin
- G-BA AG Mindestmengen, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

12.03.2014 Berlin
- Gespräch mit VKD-Präsidium, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

13.03.2014 Berlin
- Podiumsdiskussion im Rahmen des DRG-Forums, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

14.03.2014 Berlin
- Gespräch mit Hilde Mattheis, MdB und Dr. Sabine Dittmar, MdB
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

17.03.2014 Scheeßel
- Gespräch mit Vertretern Daimler-Benz AG
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

19.03.2014 Erfurt
- Arbeitskreis Gesundheitspolitik der CDU-Landesvertretung
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Reinhard Fünfstück

19.03.2014 Berlin
- Fachausschuss für Personal und Krankenhausorganisation der DKG
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

21.03.2014 Berlin
- Gespräch mit Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, MdB
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

24.03.2014 Düsseldorf
- GDK-Verwaltungsrat und Gesellschafterversammlung GDK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

25. - 28.03.2014 Berlin
- Präsenz beim 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jürgen Brenner, Gerd Norden

26.03.2014 Berlin
- Podiumsdiskussion im Rahmen des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
  VLK-Teilnehmer: PD Dr. Michael A. Weber

An die
Mitglieder des VLK
aus dem Fachgebiet Anästhesiologie

Düsseldorf, 25.03.2014

Versammlung der Mitglieder des VLK aus dem Fachgebiet Anästhesiologie während des Deutschen Anästhesiecongresses 2014 in Leipzig

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

zum nunmehr siebten Male laden wir zu einer Versammlung der Mitglieder des VLK aus dem Fachgebiet Anästhesiologie während des Deutschen Anästhesiecongresses ein. Im Jahre 2014 wird diese Veranstaltung stattfinden am

Freitag, dem 09.Mai 2014,
in der Zeit von 9.30 bis 12.00 Uhr im
Congress Center Leipzig
Ebene +2, Raum 10
Messeallee 1, 04356 Leipzig

Die Tagesordnung ist beigefügt.

Im Anschluss an diese Vortragsveranstaltung und einen kleinen Imbiss wird für Mitglieder des Verbandes

Rechtsberatung in der Zeit von 15.00 bis 16.30 Uhr ebenfalls in Raum 10

durchgeführt.

Wir hoffen, dass wir ein für Sie interessantes Programm anbieten können und würden uns über einen regen Besuch dieser Veranstaltung freuen, zu der Sie auch Kolleginnen und Kollegen mitbringen können, die (noch) nicht Mitglieder im VLK sind.

Dankbar wären wir Ihnen, wenn Sie uns auf dem beigefügten Fax-Antwortbogen mitteilen würden, ob wir mit Ihrer Teilnahme an der Veranstaltung rechnen dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Professor Dr. Hans-Fred Weiser
Präsident

Professor Dr. Dietrich Paravicini
Schatzmeister

Tagesordnung

für die Mitgliederversammlung des VLK aus dem Fachgebiet Anästhesiologie während des Deutschen Anästhesiecongresses 2014 am 09.Mai 2014 in Leipzig

Begrüßung

Professor Dr. Dietrich Paravicini, Bielefeld

Das Patientenrechtegesetz

Was ist neu, was ist zu beachten, die ersten Praxiserfahrungen
RA Norbert H. Müller, Bochum

Patientenrechtegesetz – Aktuelles für die Anästhesie

Dr. Doris Dorsel, M.A., LL.M.
Leiterin der Patientenberatung Ärztekammer und KV Westfalen-Lippe, Münster

Diskussion

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 außergewöhnliche 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 zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

kataloge logos **flyer**
außenwerbung
plakate **broschüren**
geschäftsdrucksachen
folder prospekte
roll up displays **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 04261 9290-50
telefax 04261 9290-59

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