ARZT UND / K SVERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V. KRANKENHAUS VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Juli 2014



Städtische Kliniken München -Flucht vor den Sanierungskosten?

- Sanierungsplan München Wer gewinnt, Wer verliert?
- Finanzielle Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung im I. Quartal 2014.

Von München lernen, wie Krankenhausplanung *nicht* geht

as den Berlinern ihr Flughafen und den Hamburgern die Elbphilharmonie, sind den Münchnern ihre Städtischen Kliniken. Das merkt nur kaum einer, denn die Kliniken sind ja schon da und niemand wartet auf eine feierliche Eröffnung. Trotzdem: Die Gemengelage aus politischen und persönlichen Interessen, aus Beratern, Funktionären und "Spezln" ist ähnlich brisant – und das Ergebnis ähnlich desaströs. Die falsch verstandene Beteiligung der Politik an der Ausgestaltung des operativen Geschäfts endet derzeit in fast allen Metropolen und Metropolregionen im Desaster. Das Münchner Klinik-Chaos, über das wir in dieser Ausgabe ausführlich berichten, hält aber einige Lehren bereit, die gerade für den anstehenden grundlegenden Umbau der stationären Versorgung beispielhafte Anregungen geben können.

unächst: Eine vernünftige stationäre Versorgung muss geplant werden. Nichts gegen Wettbewerb, aber bei den Aufgaben der Daseinsvorsorge hat er ein Ende. Wir überlassen Standorte und Ausstattung unserer Feuerwehren ja auch nicht dem Wettbewerb! Was aber dabei als Ausgangspunkt in der Regel vollkommen fehlt, ist der primäre Blick auf den Versorgungsbedarf, der auch den Strukturveränderungen der städtischen Versorgung schonungslos Rechnung



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

trägt. Hier ist eindeutig die Politik in der Pflicht. Und zwar nicht absolutistisch (und autistisch) handelnd, sondern moderierend, um die Expertise der Beteiligten in die Abstimmungs- und Diskussionsprozesse mit einzubinden. Der politisch gern kolportierte Satz "Wenn Du den Sumpf trockenlegen willst, frag nicht die Frösche" ist in diesem Zusammenhang eines der dümmsten Totschlagargumente.

tattdessen hat man sich auch in München genau dieser politischen Verantwortung durch eine Riege von so genannten neutralen "Beratern" entledigt. Und diese Berater dann auch noch als Exekuteure ihrer eigenen basisfernen und theoretischen Planungsgebäude eingesetzt. So, leider, sieht in letzter Zeit "Politik" aus, die sich ihren zentralen Moderations- und den anschließenden Entscheidungsverantwortungen verweigert und diese an unfähige und keineswegs neutrale Dritte delegiert.

Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte (natürlich auch ein Frosch im Teich), hat allerdings schon vor fast einem Jahrzehnt Anregungen gegeben, welchen regionalen Ansätzen ein kluger Umbau der Krankenhauslandschaft zu folgen hätte, und er hat dabei auch Vorschläge für schmerzhafte Einschnitte in den eigenen Reihen nicht gescheut. Denn natürlich macht ein Strukturwandel vor unserer eigenen Türe nicht halt.

er seit Beginn der Koalition diskutierte Strukturfonds würde hier Optionen in die richtige Richtung eröffnen. Denn mit Blick auf die demographische Entwicklung ist vollkommen klar, dass wir nicht weniger "Gesundheitsimmobilien" brauchen werden, sondern mehr. Nur vollversorgende Krankenhäuser müssen es eben nicht mehr an jeder Ecke sein. Die Arbeit wird uns Ärzten trotzdem nicht ausgehen, denn die kostbare und teuer ausgebildete Ressource Arzt wird auch in Zukunft mehr denn je gebraucht. Es sollte die Ärzteschaft dann aber auch gefragt werden, welche Vorschläge sie zu ihrem Sinn und Gesundheit stiftenden Einsatz machen kann.

Politik und Unternehmensberatungen geben hier augenscheinlich nicht die richtigen Antworten – wie das Beispiel München lehrt.

Es grüßt Sie herzlich und unverdrossen

The Hans-Free- Weise

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

225 Von München lernen, wie Krankenhausplanung nicht geht

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

Flucht vor den Sanierungskosten 228

Städtische Kliniken München: Sanierungsfall mit drohender Insolvenz

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber

Wer gewinnt - wer verliert?

Dr. med. Nikolai von Schroeders

Berufs- und Gesundheitspolitik

Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen Teil V

242 Ergebnisse der GKV im I. Quartal 2014 Finanzlage der Krankenkassen weiterhin im Lot

248 **Angebot von Weiterbildungsstellen**

Recht

Rechtsrat zu

- 250 - Verstärkte Patientenhaftung in Folge des Patientenrechtegesetzes?
- 251 Weiterbeschäftigung auch nach Renteneintritt möglich? Norbert H. Müller

253 Beschränkung der Einwilligung auf **Behandlung durch Wahlarzt**

Marc Rumpenhorst

Rubriken

227 Personen und Hintergründe

VLK-intern

- 255 Programm des 3. VLK-Bundeskongresses
- 257 Agenda
- 249 **Impressum**

Sanierungsfall mit drohender Insolvenz

Seit Jahren sind die vier Städtischen Kliniken in München defizitär. Trotz Austausch der Geschäftsführung und diverser Reformvorschläge externer Berater ist Besserung wohl nicht in Sicht. Gerüchte von 400 Millionen EURO Kapitalbedarf alarmieren die Politik. Ein Sanierungsgutachten empfiehlt radikale Maßnahmen: Drastischen Bettenabbau und Verzicht auf notwendige Sanierungen.



Wer gewinnt - Wer verliert?

Vor dem Hintergrund des Sanierungsplanes für die Städtischen Klinken München sind deutliche Marktbereinigungen zu erwarten, da dieser Sanierungsplan eine Reduktion des Angebotes an verschiedenen Standorten vorsieht. Der Autor geht in diesem Artikel der Frage nach, ob Patienten, die genau die an diesen Standorten wegfallenden Leistungen nachfragen, auch künftig noch gut versorgt sind.



Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen

Die Gemeinsame Koordinierungsstelle BÄK/VLK zu "Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen" hat zwischenzeitlich 47 Zielvereinbarungstexte analysiert und bewertet. Die Zielvereinbarungen 042 bis 047 werden ausführlich in diesem Heft besprochen. Die Analyse macht deutlich, dass Krankenhausträger immer noch Zielvereinbarungselemente anbieten, die entweder dem Wortlaut oder der Intention des § 136a SGB V widersprechen.



"Kurz und bündig" – Weiterbeschäftigung über das Rentenalter hinaus

Ist nach dem Zeitpunkt des gesetzlichen Renteneintritts eine Weiterbeschäftigung nach den AVR in Verbindung mit gesetzlichen Regelungen möglich? Eine Antwort auf diese spannende Fragen versucht der Autor in dem vorliegenden Beitrag zu geben.



Jens Spahn erhält VLK-Zukunftspreis 2014

Der Gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, MdB, ist Preisträger des VLK-Zukunftspreises 2014. Der Geschäftsführende Vorstand des VLK hat sich einstimmig für Jens Spahn ausgesprochen. In der Begründung heißt es u.a.: "Als verantwortungsvoller Gesundheitspolitiker ist er nachvollziehbaren Argumenten zugänglich und an sachgerechten und nachhaltigen Problemlösungen interessiert. So ist die Initiative des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, im Zusammenhang mit der Diskussion um Zielvereinbarungen in Chefarztverträ-

gen eine Expertenanhörung hierzu durchzuführen und ggf. eine Nachbesserung des § 136a SGB V in die Wege zu leiten, auf sein Engagement zurückzuführen. Damit hat er wesentlich dazu beigetragen, dass bei der künftigen Ausgestaltung von Verträgen mit Leitenden Krankenhausärzten insbesondere in den Zielvereinbarungen die Grundsätze des ärztlichen Berufsrechts zur Geltung kommen. Er hat damit einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen auch gegenüber Geschäftsführungen und Krankenhausträgern geleistet."

Der Zukunftspreis 2014 wird Jens

Spahn im Rahmen der diesjährigen Delegiertenversammlung des VLK am 26.09.2014 in Berlin überreicht werden.



Gröhe kündigt E-Health-Gesetz an

Im Rahmen des diesjährigen Hauptstadtkongresses hat der Bundesminister für Gesundheit die zeitnahe Vorlage eines Entwurfes für ein E-Health-Gesetz angekündigt. Gröhe wörtlich: "Voraussetzung für den schnellen und sicheren Datenaustausch von Patienteninformationen ist eine entsprechende

Telematik-Infrastruktur, die den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die für den Aufbau und die Nutzung der Telematik-Infrastruktur erforderlich sind, entspricht. Ich werde deshalb noch in diesem Jahr den Entwurf eines E-Health-Gesetzes vorlegen, mit dem wir die gesetzlichen Rahmenbedingungen für

den Aufbau und die Nutzung der Telematik-Infrastruktur weiter konkretisieren. Unser Ziel sind klare Festlegungen und Vereinbarungen, um die Umsetzung zu erleichtern und zu beschleunigen. Das Bundesgesundheitsministerium arbeitet derzeit mit Hochdruck an entsprechenden Regelungen."

Bundesärztekammer stellt Behandlungsfehlerstatistik vor

Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat am 23.06.2014 in Berlin die Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommission vorgestellt.

Wie aus der aktuellen Statistik hervorgeht, haben die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahre 2013 insgesamt 7.922 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen. Damit ist die Zahl der Sachentscheidungen im Ver-

gleich zum Vorjahr gestrigen, die Zahl der festgestellten Fehler ist jedoch rückläufig. So lag in 2.243 Fällen ein Behandlungsfehler vor (Vorjahr: 2.280). In 1.864 Fällen wurde ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehler-Vorwürfen führten, waren wie in den Vorjahren Knieund Hüftgelenkarthrosen sowie Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen.



Bundestag verabschiedet Haushaltsbegleitgesetz 2014

Gegen das Votum der Opposition hat der Bundestag am 24. Juni dem Entwurf der Bundesregierung über ein Haushaltsbegleitgesetz 2014 zugestimmt. Damit wird der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung auch für 2014 von 14 auf 10,5 Milliar-

den € und für 2015 auf 11,5 Milliarden € abgesenkt. Bereits 2013 war er von 14 auf 11,5 Milliarden € gesenkt worden. Der Zuschuss soll 2016 wieder auf seine ursprüngliche Höhe von 14 Milliarden € angehoben und ab 2017 auf jährlich 14,5 Milliarden € festgeschrieben werden. Die Minderein-

nahmen des Gesundheitsfonds von 3,5 Milliarden € in diesem Jahr und 2,5 Milliarden € 2015 sollen aus der Liquiditätsreserve ausgeglichen werden. Grund für die Absenkung ist nach Regierungsangaben die positive Entwicklung der Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung.

Städtische Kliniken München: Sanierungsfall mit drohender Insolvenz



Foto: © ufotopix|10/fotolia.com / Retusche: creativ-st

Seit Jahren sind die 4 städtischen Kliniken defizitär. Nach der Gründung einer GmbH 2005 schien sich alles zu beruhigen. Aber 2010 nach einem angeblichen Hygieneskandal in der zentralen Sterilgutversorgung des Klinikums Bogenhausen entstanden auch hier, der wirtschaftlich bis dahin erfolgreichsten Klinik,

nach drastischem Einbruch der Belegung und Operationen enorme Defizite. Fast die gesamte Führungsspitze der Klinik GmbH wurde wegen des desaströsen Managements der Krise fristlos gekündigt. Die eingesetzte kommissarische Leitung war vom Ausmaß der wirtschaftlichen Probleme mehr als überrascht und mahnte bei der Stadtspitze dringend Reformen an. Eine neue Geschäftsführung wurde installiert. Wer nun gedacht hatte alles wird besser, wurde enttäuscht. Reformvorschläge von diversen Beratern, die zum Teil gegeneinander arbeiteten, da sie von unterschiedlichen Ebenen beauftragt waren,

landeten in den Schubladen, bei einem zerstrittenen Aufsichtsrat und / oder bei mit der Dimension des Problems völlig überforderten Politikern. 2012 segnete der Aufsichtsrat ein Sanierungskonzept der Geschäftsführerin E. Harrison ab. das 340 Stellen abbauen wollte, aber im übrigen von steigenden Fallzahlen und Erlösen ausging. Nur wenige Monate später forderte die Geschäftsführung, angesichts sinkender Erlöse und drastisch steigender Defizite, den Abbau von über tausend Stellen, einen Nottarifvertrag und den Bau eines Nordklinikums an Stelle der sanierungsbedürftigen Häuser Bogenhausen und Schwabing. Die Sanierung schleppte sich mutlos und kraftlos dahin, bis im Oktober 2013 das ganze Ausmaß der Probleme deutlich wurde. Der Kämmerer der Stadt warnte, dass die 200 Millionen Finanzhilfe der Stadt "in den nächsten zwei Jahren aufgezehrt seien und die Kliniken in eine schwere Liquiditätskrise geraten". In einer Pressekonferenz forderte der Klinik-Finanz-Chef Freddy Bergmann: "Wir brauchen mehr Geld von der Stadt". Dies war mit dem OB Ude nicht abgestimmt, der entsprechend sauer reagierte.

Die Kommunalwahlen standen ia vor der Tür. Im Wahlkampf war aber bis dato das Klinikum und seine Schieflage nicht wirklich thematisiert worden. Ein Berater war sogar Anfang des Jahres suspendiert worden, weil er fehlende Rückstellungen für Instandhaltungen in Millionenhöhe in der Klinikbilanz kritisiert hatte. **Jetzt** machten Gerüchte von einem Kapitalbedarf von 400 Millionen Euro die Runde. Ude lies mitteilen, dass von der Geschäftsführung mit "keinem Wort vorgetragen worden sei, dass sie so schnell wie möglich neues Geld brauche, um eine drohende Insolvenz abzu-

wenden" und gründete einen Lenkungskreis unter sei-Fühner rung. Geschäftsführerin und Stadt trennten sich. Die Boston Consulting Group G m b H (" B C G ") wurde am 10. Dezember 2013 mit der Erstellung eines Sanierungsgutachtens beauftragt, am 28. Februar 2014 sehr sport-

lich gut 10 Wochen nach Auftragserteilung vorgestellt wurde.

Gutachten

Das Gutachten kommt zu radikalen Empfehlungen, was angesichts des Ausmaßes an Defiziten, Investitionsstau und Betriebsverlusten nicht wirklich überrascht. Aber ist es wirklich ausgewogen oder nur auf die notwendige wirtschaftliche Sanierung ausgerichtet?

Angesichts des Überangebots an Krankenhausbetten in München, im Vergleich zu anderen Großstädten Deutschlands, wird ein drastischer Bettenabbau von 800 Betten der bisher über 3200 empfohlen. Konkret soll er in Schwabing und Harlaching stattfinden. Beide Standorte sollen nicht mehr neu gebaut (Harlaching war schon fertig geplant) oder saniert werden. Sie sollen auf wenige Spezialeinrichtungen und eine überschaubare Notfallstation schrumpfen. Durch diese Umstrukturierungen, die fast



Schließung der Standorte gleich kommen, fallen die sonst notwendigen Neubauoder Sanierungskosten von mehr als 500 Millionen Euro nicht mehr an. Also kann man von einer Flucht vor der Sanierung und deren Kosten sprechen. Die Notfallversorgung der Stadt, in der beide Häuser bisher eine entscheidende Rolle gespielt haben, scheint weniger bedacht oder gewichtet worden zu sein. Die Standorte Bogenhausen und Neuperlach sollen dafür erweitert und saniert werden. Die Vorhaltung gleicher medizinischer Fachrichtungen, wie z.B. der Kardiologie soll von bisher 4 auf 2 an den Standorten Bogenhausen und Neuperlach konzentriert werden. Gleiches gillt für die Vorhaltung konservativer und operativer Intensivstationen. Dabei hat wohl die aktuelle Auslastung und zukünftige Rentabilität der einzelnen Abteilungen keine Rolle gespielt, ebenso wenig wie die Erreichbarkeit eines definiten Versorgungszentrums im Großstadtverkehr von München. So werden auch Abteilungen vom Netz gehen, die profitabel und für die Versorgung wichtig sind. Auch dies spricht für die oben gemachte Vermutung.

Alles geht einher oder führt zu einem Stellenabbau von 2000 Kräften (entsprechend rund 1500 Vollzeitkräfte) von bisher 8000 Beschäftigten. Auf betriebsbedingte Kündigungen will man wo immer möglich verzichten. Die durch die Bekanntgabe der Maßnahme losgetretenen Kündigungen, vor allem von Spitzenkräften und Leistungsträgern, machen es in diesem Segment ohnehin nicht mehr nötig. Die im Übrigen eingetretene Verunsicherung der Bevölkerung und bei den Zuweisern droht aktuell zu weiter rückläufiger Auslastung und steigenden Betriebsdefiziten zu führen.

Die Rechnung könnte aufgehen, da man enorme Sanierungsspart. kosten Ob anderweitige Verwendung der Grundstücke bei den Überlegungen zur Finanzierung eine Rolle spielt, wurde bisher offiziell nicht thematisiert, ebenso wenig, ob und wieviel Fördermittel zurückerstattet werden müssen. Bei 25% weniger Betten und einem Umsatzrückgang von geschätzt 11% hofft man aber auf eine solide Wirtschaftlichkeit des zukünftigen Krankenhausbetriebs bei angenommen deutlich höherer Auslastung. Ob das gegen den erklärten Widerstand der niedergelassenen Ärzteschaft aufgeht, darf bezweifelt werden. Dann wären eher andere Leistungsanbieter die Gewinner.

Reaktionen

Auf einer öffentlichen Anhörung im Münchener Stadtrat am 22. Mai 2014 über die zukünftige Notfallversorgung, war die

Skepsis bei allen Beteiligten der Rettungskette nicht zu überhören. Erstaunt wurde zur Kenntnis genommen, dass genau die Standorte vom Netz gehen sollen, die nach Erkenntnissen der Leitstelle, des ärztlichen Leiters Rettungsdienst und des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement die Hauptlast der Notfallversorgung tragen. Es kam auch heraus, dass eine vorherige Abstimmung mit anderen Kliniken oder den Mitgliedern der Rettungskette über das Konzept nicht stattgefunden hat. Dies ist angesichts bereits jetzt knapper konservativer Intensivbetten und einem in Zukunft durch Demographie und Zuwanderung deutlich steigenden Bedarf an Notfallversorgungskapazitäten mehr als bedenklich. Die Stellungnahmen der Vertreter des ärztlichen Kreisverbandes (19.000 Münchener Ärzte und Ärztinnen) und des Hausärzteverbandes waren entsprechend schroff ablehnend. Wörtlich: "Wenn Sie in Ihren Notfallzentren keine endgültige Versorgung anbieten können, z.B. Herzkatheter bei akutem Herzinfarkt, werden wir keine Patienten schicken, sondern uns nach anderen Leistungsträgern umsehen." "Eine reine primäre Versorgung und Stabilisierung, um dann über die vollen Straßen Münchens weiterzuverlegen, kommt für uns nicht in Frage".

Dr. Axel Fischer, der neue Vorsitzende der Geschäftsführung des Städtischen Klinikum München, zuvor bei Boston Consulting verantwortlich für die Erstellung des Gutachtens, reagierte genervt und dünnheutig auf solche Kritik. Gemeinsam mit Joachim Lorenz, dem Referent für Gesundheit und Umwelt der Stadt München betonte er, die Verabschiedung des Konzeptes im Stadtrat und die anschlie-

ßende konsequente Umsetzung sei der einzig mögliche Weg, um eine sonst drohende Insolvenz zu verhindern. Über kleine Änderungen könne man reden, nicht aber über Grundsätzliches. Denn das Gutachten bzw. die Umsetzung der darin enthaltenen Vorschläge sei die Grundlage für das Bestehen des Private Investor Tests, eine zwingende Vorraussetzung für eine weitere finanzielle Unterstützung durch die Stadt.

Zeithorizont

Der Stadtrat soll im Juli 2014 beraten und beschließen. Wenn kein Wunder geschieht, wird die neue große Koalition mangels Alternativen und unter Zeitdruck so kurz vor dem Abgrund dieses wohl auch tun und die Chance zu besseren Reformen für Patienten und Mitarbeiter damit verpassen. Die Grünen in der Opposition sind auch ruhig, da einer der ihren, Hepp Monatseder als Aufsichtsratsvorsitzender jahrelang für die Kliniken maßgeblich verantwortlich war. Die drohende Insolvenz zwingt zu konsequenten Maßnahmen und die wirtschaftlichen Ziele müssen erreicht werden. Das hätte aber eine bessere Berücksichtigung medizinischer Notnicht wendigkeiten ausgeschlossen. Die Kliniken, Mitarbeiter und Patienten hätten ein differenzierteres Konzept verdient. Der Zeitdruck soll zu einer Entscheidung zwingen, die aber jetzt zu Lösungen führt, die nicht erste Wahl sind. 2016 soll der Umbau beginnen, alle Maßnahmen sollen bis 2022 umgesetzt sein. Im Moment verhandelt man mit den Gewerkschaften über einen Notlagentarifvertrag.

Autor.

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber Verband der leitenden Krankenhausärzte (VLK) Vizepräsident und Landesvorsitzender Bayern Dr. med. Nikolai von Schroeders

Wer gewinnt – wer verliert?

Marktbereinigung und ihre Auswirkungen auf die Versorgungsrealität



Vor dem Hintergrund des Sanierungsplanes der Städtischen Kliniken München sind deutliche Marktbereinigungen zu erwarten. Mögliche Folgen werden kontrovers diskutiert. Im Rahmen des Symposiums des VLK Bayern stellte sich daher am 18. Mai 2014 die Frage, ob die hier Veränderungen vorgesehenen der Angebotsstruktur der Städtischen Kliniken die Versorgung der Bevölkerung gefährden. Betrachtet wurde dazu das Gesamtangebot stationärer Leistungen in der Stadt München und der nahen Umgebung sowie exemplarisch der Bereich kardiologischer Versorgung speziell von Notfallpatienten.

Für die Situation in München ist unstrittig, dass ein hoher wirtschaftlicher Druck vorhanden ist. Eine entscheidende Voraussetzung für eine Marktbereinigung ist hier also definitiv gegeben. Zu beantworten bleibt die Frage, ob die vorgesehenen Marktbereinigungen sinnvoll sind.

Eine aus Sicht der zur versorgenden Bevölkerung sinnvolle Angebotssituation liegt dann vor, wenn mit geringstmöglichem Einsatz der Versichertengelder das höchstmögliche Maß an Sicherheit und Komfort der zu versorgenden Bevölkerung schaffen wird. Dieser theoretische Idealzustand kann unter anderem ins Ungleichgewicht geraten, wenn unnötig Mehrfachangebote in einem Ballungszentrum bestehen. Das Sanierungsgutachten der Boston Consulting Group zeigt grundsätzlich eine sehr deutliche Überversorgung der Stadt München mit Krankenhausbetten auf. Auch wenn das Umland teilweise mitversorgt wird, kann es hierfür keine rationale Begründung geben. Die Sanierungspläne sehen daher eine umfassende Reduktion des Angebotes an verschiedenen Standorten vor. Zu beantworten ist also die Frage, ob Patienten, die genau die an diesen Standorten wegfallenden Leistungen nachfragen, auch künftig noch gut versorgt sind.

Veränderung der Versorgungssituation nach Marktbereinigung am Beispiel der Kardiologie

Die Grafiken 1 und 2 zeigen die aktuelle Versorgungssituation von Patienten mit Herzinfarkt in München und im Umland. Ersichtlich ist, dass es weder im Münchner Umland noch in der Stadt München Engpässe gibt, respektive ballen sich in der Stadt

die Standorte sehr intensiv. Die Sanierungspläne sehen u.a. vor, den Standort Schwabing stark zu reduzieren. Fraglich wird also die Versorgung der nordöstlichen Region. Bei einem ersten Blick könnten man eine drohenden Versorgungsengpass bei einer Schließung der Kardiologie befürchten.

Kombiniert man allerdings die 15-Minunten-Fahrzeitzonen des Deutschen Herzzentrums mit den Fahrzeitzonen des Standortes Bogenhausen zeigt sich in den Grafiken 3 und 4, dass auch bei einer kompletten Streichung der Kardiologie am Standort Schwabing keine Versorgungsengpässe für die Notfallversorgung von Patienten entstehen.

Da man davon ausgehen kann, dass bei einem Myokardinfarkt die stationäre Behandlung stets indiziert ist, wird es für eine solche Änderung der Marktsituation auch Gewinner geben. Leistungsfähige Kliniken sind hierfür in München mehr als ausreichend vorhanden (Grafik 5). Aus Sicht der Städtischen Kliniken München sind dies aber sämtlich Konkurrenten. Nach den liegenden Vorschlägen wird es also nicht gelingen (und ist auch gar nicht vorgesehen), sämtliche bisher behandelte Patienten der Standorte auch künftig in eigenen Krankenhäusern zu behandeln.

Aus Sicht der Versorgungssituation der Bevölkerung der Stadt München ist das ein sinn-Eine wirkliche Weg. Marktbereinigung müsste hier noch weiter gehen und unabhängig von den Trägerschaften Leistungsangebote der vielen Hochleistungsversorger in München thematisch konzentrieren. Für die Bevölkerung ist mindestens vor dem Hintergrund der extrem hohen Kosten für die Vorhaltung dieser Mehrfachleistungen eine Fehlallokation der aufzubringenden Gelder aus der Krankenversicherung vorhanden. Auch aus qualitativer Sicht ist fraglich, ob diese extreme Fülle von Leistungsangeboten noch notwendig und qualitätsförderlich ist.

Vor dem Hintergrund der mit den Plänen verbundenen Reduktionen der Leistungen des Städtischen Klinikums München muss die Frage gestellt werden, ob Märkte verlassen werden, die weil bisher wirtschaftlich sehr lukrativ – nicht aus ökonomischen Gründen unbedingt im Spektrum erhalten bleiben müssten. Hierfür ist es sinnvoll, die tatsächlich erbrachten Leistungen eines Bereiches (hier beispielhaft wieder die Kardiologie) mit den nach der Bevölkerungsstruktur zu erwartenden stationären Leistungen gegenüber zu stellen. Tut man dies allein für die Stadt München, stehen 25.000 erwarteten kardiologisch stationär zu behandelnden Patienten 40.000 tatsächlich behandelte Patienten gegenüber.

Eine Interpretationsvariante dieser Tatsache wäre, dass 15.000 Behandlungen finanziert werden, die nicht zwingend stationär indiziert sein könnten. Da auch im Umland sehr starke kardiologische Kliniken aktiv sind, lässt sich diese Überversorgung auch nicht mit dem Versorgungsbedarf der Region bzw. des Umlandes begründen. Auch aus dieser Sicht ist es eine sinnvolle Entscheidung, alle medizinischen Leistungsangebote kritisch auf den Prüfstand zu stellen und ggf. selbst hier zu bereinigen.

Nicht übersehen werden darf außerdem, dass es in der direkten Umgebung durchaus Anbieter gibt, die mit Leistungen auch aus dem Spektrum der Städtischen Kliniken sehr viel Geld verdienen, während die Städtischen Kliniken München mit hohen Defiziten zu kämpfen haben. Da es faktisch keine politische Planung eines medizinischen Leistungsangebotes nach Regionen und Inhalt gibt, ist davon auszugehen, dass es zu einer weiteren Verschiebung von Patienten hin zu diesen Anbietern kommen wird.

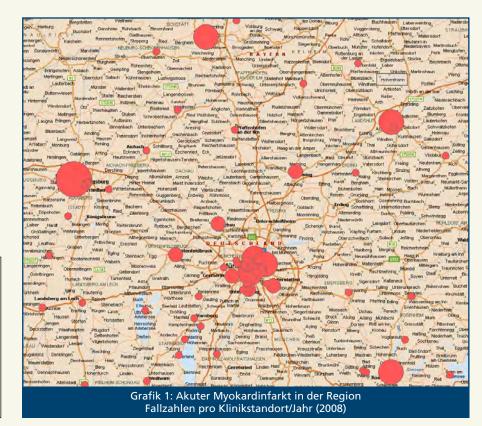
Fazit

Vor dem Hintergrund der begrenzten Verfügbarkeit von Mitfür die Gesundheitsversorgung ist es legitimer Anspruch der Bevölkerung, nur genau die stationären Behandlungsangebote vorzuhalten, die auch wirklich benötigt werden. Eine gute Versorgung der Münchener Bevölkerung bedarf schon alleine deshalb einer Marktbereinigung. Versorgungsengpässe entstehen dadurch weder in der Notfallversorgung noch im elektiven Angebot. Anzustreben wäre eine trägerübergreifende Planung der Leistungsangebote durch die Länder, welche diesen Planungsauftrag mangels Kapazität und Kompetenz, aber auch mangels steuernd einzusetzender Finanzmittel, leider vernachlässigen.

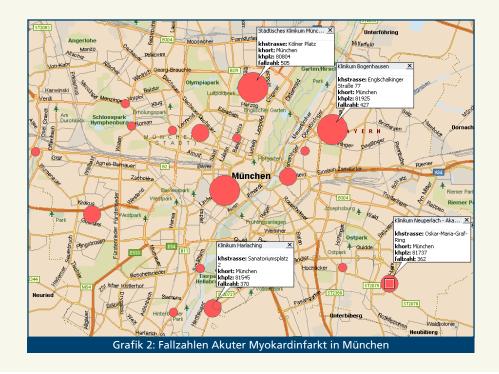
Den Städtischen Kliniken München ist eine konsequente und zügige Umsetzung ihrer Sanierungspläne zu wünschen. Verzögerungen und politische Rangeleien würden an dieser Stelle nur die Konkurrenten stärken. Gelingt diese Sanierung, würde die Bevölkerung einen gezielteren Einsatz ihrer Sozialversicherungsbeiträge gewinnen. Konsequenz wäre ein moderneres Medizinangebot in einem weiterhin sehr attraktiven Arbeits- und Lebensumfeld.

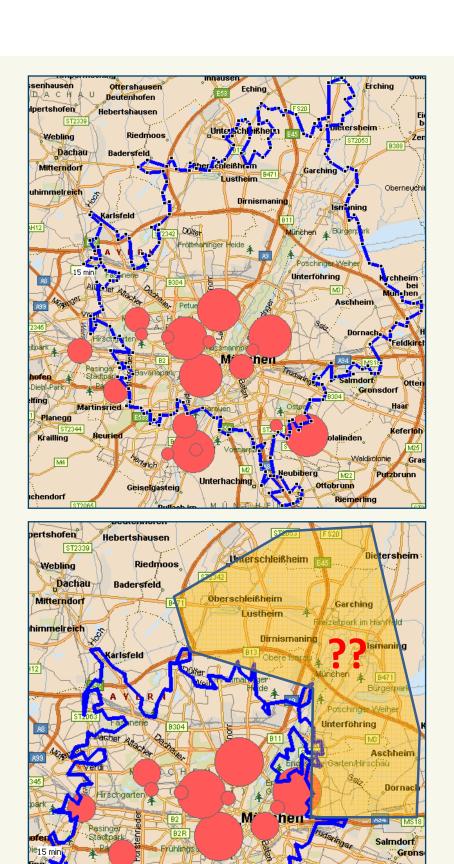
Grafiken zum Text Wer gewinnt – wer verliert?

Marktbereinigung und ihre Auswirkungen auf die Versorgungsrealität









Arzt und Krankenhaus 7/2014

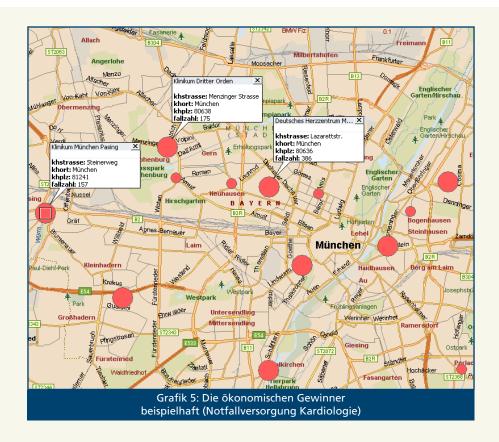
Grafiken 3 und 4: Ist die Notfallversorgung gefährdet? Fahrzeitzonenvergleich Klinikum Schwabing / Deutsches Herzzentrum

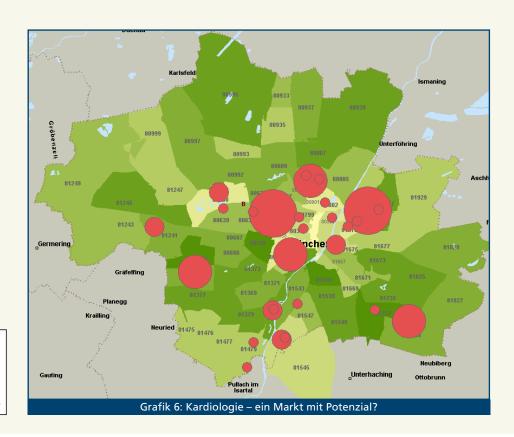
olalinden

Martinsried

Krailling

M4





25.000 erwarteten Fällen stehen 40.000 behandelte Patienten gegenüber.



Fundierte Daten. Handfeste Argumente.

Konkurrenz- und Kooperationsanalyse

Erkennen Sie Strukturen und Leistungen der deutschen Krankenhäuser auf einen Blick! Analysieren Sie Ihre Behandlungs- und Leistungsspektren bis auf Fachabteilungsebene anhand endstelliger Diagnose- und Prozedurencodes und vergleichen Sie sich mit anderen Krankenhäusern.

In GEOlize! sind die Leistungsdaten aller Krankenhäuser hinterlegt. Sie werden Ihnen in der Landkarte und als exportierbare Tabellen angezeigt. So beurteilen Sie mit wenigen Klicks, wo Konkurrenz besteht und wo Zusammenarbeit sinnvoll erscheint.

Einweiser und Nicht-Einweiser

Wer Ihre Einweiser sind wissen Sie. Mit Geolize! gehen Sie den entscheidenden Schritt weiter: Wer weist welche Patienten ein? Wie entwickeln sich die Einweisungen der einzelnen Ärzte? Und: Wer weist mir bisher nicht ein? Alle Auswertungen zu den Einweisern werden in der Karte dargestellt. Eine Auswahl der Einweiser nach Fachrichtung, Orten, Regionen oder Alter ist individuell möglich. 2 3

Marktanteile und Marktpotenzial

Betrachten Sie die zu erwartenden Behandlungshäufigkeiten je Erkrankung und Region! Mit Geolize! erfahren Sie, wie hoch die Anteile Ihrer Klinik am jeweiligen Potenzial sind. Wo ist Ihre Klinik führend? Wo gibt es Möglichkeiten der Expansion? Und wo ist der Markt bereits überversorgt?

Prognosefunktion

Der Bedarf an stationärer Versorgung verändert sich schnell. Wie wird sich der Bedarf in den Jahren 2010, 2015 und 2020 darstellen? Messbare Entwicklungen der Behandlungshäufigkeiten und Einschätzungen von Experten ermöglichen eine Prognose, die Ihre strategischen Entscheidungen unterstützt.

Maßnahmencontrolling und Visualisierung

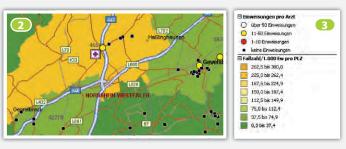
Greifen Ihre Maßnahmen der Zuweiserbindung? Entwickeln sich die Patientenzahlen bestimmter Behandlungen oder Regionen entsprechend Ihrer Planung? Mit Geolize! können Sie diese Infos nicht nur mit wenigen Mausklicks erhalten. Sie erstellen auch einfach Landkarten, Tabellen und Charts für Ihre Präsentationen.

Weitere Informationen: www.geolize.de

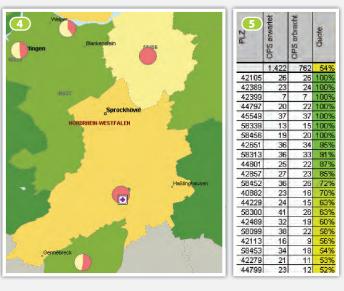
Wo stehen wir im Vergleich zu unseren Mitbewerbern?



Wer überweist uns Patienten - wer nicht?



Welche Potenziale bietet unsere Region?



Wie erfolgreich sind unsere Maßnahmen gewesen?



Kontakt





Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen unter der Lupe Teil V

Zielvereinbarungen 042 - 047

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

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 Bundesärz-Deutscher tekammer und Krankenhausgesellschaft sentierten 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 Krankenhausärzten leitenden 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 betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische

Indikationsstellung *und das* dadurch bedingte ärztliche Handeln beeinflusst.¹)

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

Zielvereinbarung 042

Inhalt der Zielvereinbarung:

1. Finanz-Ziele:

- Prämienzahlung für Erreichung Jahresergebnis
- Prämienzahlung für Reduktion Überstunden ärztlicher Dienst
- Prämienzahlung für Einhaltung direkter Sachkosten
- Prämienzahlung für Einhaltung direkter Arzneimittelkosten
- Prämienzahlung für Case Mix/ Vollkraft Arzt (CM/VK Arzt)

2. Organisations-Ziele:

- Prämienzahlung für die Reduktion der Verweildauer
- Prämienzahlung für Mitarbeit Darmkrebszentrum
 - Organisation Qualitätszirkel
 - Organisation Zertifizierung
 - Pressemitteilungen

3. Persönliche Ziele:

- Prämienzahlung für Einweiserpflege
 - Praxisbesuche
 - Einweiserbefragung

Bewertung:

- Prämienzahlung für Erreichung Jahresergebnis: Akzeptabel, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten Leistungen nicht durch Erlössteigerungs-Denken beeinflusst wird ("Faustregel", siehe Ziffer 4.3).
- Prämienzahlung für Reduktion Überstunden ärztlicher

Dienst: Konkrete Ausgestaltung und Gesamtkontext des Zielvereinbarungselementes sind nicht bekannt, eine Bewertbarkeit ist deshalb nur **bedingt möglich**.

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. Des Weiteren müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.

- Prämienzahlung für Reduzierung direkter Sachkosten:
 Unter der Voraussetzung, dass das Sachkostenbudget einvernehmlich verabschiedet wurde, kann unter Beachtung der "Faustregel" (siehe Ziffer 4.3) dieses Element der Zielvereinbarung akzeptiert werden. Sichergestellt muss jedoch werden, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können.
- Prämienzahlung für Reduzierung der direkten Arzneimittelkosten: Wurde das Arzneimittelkostenbudget einvernehmlich verabschiedet, dann kann unter Beachtung der "Faustregel" (siehe Ziffer 4.3) dieses Element der Zielvereinbarungen in Einzelfällen akzeptabel sein. Hierbei muss sichergestellt sein, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können.

- Prämienzahlung günstige Gestaltung des Koeffizienten CM/VK Arzt: Abzulehnen, da dieses Zielvereinbarungselement der Intention des § 136 a widerspricht.
- Prämienzahlung für Reduktion der Verweildauer: Nur dann akzeptabel, wenn die Verweildauerreduzierung medizinisch begründet und unter Beachtung der "Faustregel" (siehe Ziffer 4.3) erreicht wird.
- Prämienzahlung für Organisation und Teilnahme an Qualitätszirkeln beim Darmkrebszentrum, bei der Durchführung der Zertifizierung des Darmkrebszentrums und bei der Erarbeitung von Pressemitteilungen über die Zertifizierung des Darmkrebszentrums: Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung sind diese Elemente der Zielvereinbarung dem Grunde nach akzeptabel, da sie weder gegen den Wortlaut noch gegen die Intention des § 136 a SGB V verstoßen und geeignet sind, das Image des Krankenhauses zu verbessern. Außerdem ist hinsichtlich der Pressemitteilungen § 27 Abs. 3 Satz 2 der Musterberufsordnung für Ärzte zu beachten.
- Prämienzahlung Einweiserpflege (Praxisbesuche, Einweiserbefragung): Wegen der
 offenbleibenden 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

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

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 043

Inhalt der Zielvereinbarung:

Gewährung einer Bruttoprämie von 8.000 € bzw. 10.000 € für noch zu vereinbarende Ziele.

Bewertung:

Aufgrund der fehlenden Konkretisierung der Ziele sind diese Zielvereinbarungselemente nicht bewertbar. Die im Rahmen der Zielvereinbarung offengelassene Präzisierung erscheint willkürlich.

Zielvereinbarung 044 Inhalt der Zielvereinbarung:

- Zahlung eines persönlichen Bonus für das Erreichen bestimmter Bewertungen bezüglich der Arbeitsquantität, der Arbeitsqualität, der Zuverlässigkeit, des Arbeitseinsatzes, des betrieblichen Zusammenwirkens, der Führungsqualitäten, der Patientenzufriedenheit, der Eigeninitiative, des unternehmerischen Denkens und der Kommunikation.
- Zahlung eines unternehmensbezogenen Bonus für
- Steigerung der Fallzahlen
- Zertifizierung der Frauenklinik als Brustzentrum
- Durchführung ambulanter Operationen
- Reduktion der Honorararztstunden

Bewertung:

Persönlicher Bonus für individuelle Qualität/Aktivität:



Diese Zielvereinbarungselemente sind generell geeignet. Im vorliegenden Falle sind sie aber nicht bewertbar, da die Kriterien, die für die Bewertung entscheidend sind, nicht präzisiert werden.

- Zahlung eines unternehmensbezogenen Bonus für Steigerung der Fallzahlen: Abzulehnen, da dieses Zielvereinbarungselement der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
- Zertifizierung der Frauenklinik als Brustzentrum: Unter
 der Voraussetzung einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung ist dieses Element der
 Zielvereinbarung dem Grunde
 nach als Kriterium geeignet, da
 es weder gegen den Wortlaut
 noch gegen die Intention des §
 136 a SGB V verstößt und darüber hinaus zur Steigerung der
 Reputation des Krankenhauses

- dienen kann.
- Durchführung von ambulanten Operationen: Unbedenklich, da hier offensichtlich der Aufbau ambulanter Behandlungsstrukturen erfolgen soll, die Formulierung dieses Zielvereinbarungselementes ohne Mengenangaben erfolgt und damit weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
- Reduktion der Honorararztstunden: Konkrete Ausgestaltung und Gesamtkontext sind nicht bekannt, so dass dieses Zielvereinbarungselement nur bedingt bewertbar ist. 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.

Zielvereinbarung 045 Inhalt der Zielvereinbarung: 1. Finanz-Ziele:

Bonusgewährung für Einhaltung des Jahresergebnisses, für Einhaltung der direkten Sachkosten, der direkten Arzneimittelkosten und Erreichen eines spezifizierten CM-Werts für die Kardiologie.

2. Organisations-Ziele:

- Bonuszahlung für Verbesserung der organisatorischen Ab-(Facharztstandard, läufe Clusterbildung der Patientenregelmäßige indikationen, Teambesprechung, Pressemitteilungen).
- Bonuszahlung für Strukturierung von Stationsabläufen (Imtäglicher plementierung gemeinsamer Visiten mit dem Pflegedienst, Entlassungsmanagement).
- Bonuszahlung für die Erstellung eines Dienstplanmodells (Blockdienstmodell Innere. Schichtdienstmodell EST).
- Erstellung Verfahrens-Anweisung (VA) zur postinterventionellen Überwachung.
- Durchführung von Fortbildung für Rettungsdienstmitarbeiter und Notärzte.

3. Qualitätsziele:

Dokumentationsrate > 55%

4. Persönliche Ziele: (Einweiserpflege,

Durchführung öffentlicher Veranstaltungen, Einweiserbefragung, Vorlesung Innere Medizin/Kardiologie)

Bewertung:

- Bonuszahlung für Erreichung des Jahresergebnisses: Akzeptabel, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten Leistungen nicht durch Erlössteigerungs-Denken beeinflusst wird (Faustregel", siehe Ziffer 4.3).
 - Bonuszahlung für Einhaltung direkter Sachkosten und di-Arzneimittelkosten: rekter Wurden das Sachkosten- und das Arzneimittelkostenbudget einvernehmlich verabschiedet, dann können unter Beachtung der "Faustregel" (siehe Ziffer 4.3) diese Elemente der Zielvereinbarung in Einzelfällen akzeptabel sein. Hierbei muss sichergestellt sein, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können.
- Bonuszahlung für Erreichen eines spezifischen CM-Wertes für die Kardiologie: Abzulehnen, weil dieses Element der Zielvereinbarung der Intention V widerdes § 136a SGB spricht.
- Bonuszahlung der Verbesserung organisatorischer Ab-(Facharztstandard, Clusterbildung, regelmäßige Teambesprechungen): Akzeptabel, da diese Zielvereinbarungselemente weder Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widersprechen.
- Bonuszahlung für Erstellung von Pressemitteilungen: Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung ist dieses Element der Zielvereinbarung dem Grunde nach akzeptabel, da es weder gegen den Wortlaut noch gegen die Intention des § 136 a SGB V verstößt. Die Vorschriften des

- § 27 Abs. 3 Satz 2 der Musterberufsordnung für Ärzte sind zu beachten.
- Strukturierung von Stationsabläufen (Implementierung täglicher gemeinsamer Visiten, Entlassungsmanagement): Akzeptabel, da diese Zielvereinbarungselemente weder Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widersprechen.
- Erstellung eines Dienstplanmodells (Stellenneutral): Dieses Zielvereinbarungselement ist nicht zu beanstanden, sofern die arbeitsrechtlichen Normen beachtet werden.
- Erstellung VA zur postinterventionallen Überwachung: Dieses Zielvereinbarungselement ist nicht zu beanstanden, da es weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
- Durchführung von Fortbildung für Rettungsdienstmitarbeiter: Dieses Zielvereinbarungselement ist nicht zu beanstanden, da es weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
- Dokumentationsrate > 55%: Da das Kriterium inhaltlich nicht klar umschrieben ist, ist eine Bewertung nicht möglich.
- Bonuszahlung für Einweiserpflege (Besuche in Arztpra-Einweiserbefragung): Unabhängig von der offenbleibenden 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 Zuwei-

- serpflege und Ausschöpfung von Markenanteilen 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 eingehalten werden.
- Durchführung öffentlicher Veranstaltungen/Vorträge: Dieses Zielvereinbarungselement ist nicht zu beanstanden, da es der Imagepflege des Krankenhauses dient und nicht gegen den Wortlaut oder die Intention des § 136 a SGB V verstößt.
- Vorlesung Innere Medizin/ Kardiologie: Dieses Zielvereinbarungselement ist nicht zu beanstanden, da es weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.

Zielvereinbarung 046 Inhalt der Zielvereinbarung:

- Bonuszahlung für Erreichung des Jahresergebnisses
- Bonuszahlung für Erreichung eines bestimmten CM-Wertes
- Bonuszahlung für 4 feste Gesprächstermine mit Oberarzt
- Bonuszahlung für Einführung von Mortalitäts- und Morbiditäts-Konferenzen (MoMo Konferenzen) Innere Medizin

Bewertung:

- Bonuszahlung für Erreichen des Jahresergebnisses: Akzeptabel, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten Leistungen nicht durch Erlössteigerungs-Denken beeinflusst wird ("Faustregel", siehe Ziffer 4.3).

- Bonuszahlung für Erreichen CM der Fachabteilung: Abzulehnen, da dieses Zielvereinbarungselement der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
- Bonuszahlung für vier feste Gesprächstermine mit Oberarzt und Einführung von Mo MoKonferenzen der Fachabteilung: Diese Zielvereinbarungselemente sind nicht zu beanstanden, da sie weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widersprechen.

Zielvereinbarung 047

- Bonuszahlung für Erreichen des Unternehmensziels
- Bonuszahlung für Optimierung des Aufnahme- und Entlass-Managements
- Bonuszahlung für Strukturierung von Stationsabläufen
- Bonuszahlung für Konzepterstellung Dienstplanmodelle
- Bonuszahlung für Einweiserpflege (Besuche in Arztpraxen)
- Bonuszahlung für Durchführung öffentlicher Veranstaltungen/Vorträge
- Bonuszahlung für Vorlesung Innere Medizin/Kardiologie

Bewertung:

- Bonuszahlung für Erreichen Unternehmensziel: Akzeptabel, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten Leistungen nicht durch Erlössteigerungs-Denken beeinflusst wird ("Faustregel", siehe Ziffer 4.3).
- Bonuszahlung für Optimierung des Aufnahme- und Entlass-Managements: Dieses Zielvereinbarungselement ist

- nicht zu beanstanden, da es der Verbesserung der Strukturabläufe im Krankenhaus dient und weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
- Bonuszahlung für Strukturierung von Stationsabläufen: Dieses Zielvereinbarungselement ist nicht zu beanstanden, da es der Verbesserung der Strukturabläufe im Krankenhaus dient und weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.
- Bonuszahlung für Konzepterstellung Dienstplanmodell: Dieses Zielvereinbarungselement ist nicht zu beanstanden, sofern die arbeitsrechtlichen Normen beachtet werden.
- Bonuszahlung für Einweiserpflege (Besuch in Arztpraxen): Wegen der offenbleibenden 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 unklaren Form nicht deutlich wird, dass die berufsrechtlichen Vorgaben der §§ 30 ff. MBO-Ä beachtet werden.
- Bonuszahlung für die Durchführung öffentlicher Veranstaltungen/Vorträge und für Vorlesung Innere Medizin/Kardiologie: Dieses Zielvereinbarungselement ist nicht zu beanstanden, da es weder dem Wortlaut noch der Intention des § 136 a SGB V widerspricht.

Ergebnisse der GKV im I. Quartal 2014 zeigen:

Finanzlage der Krankenkassen weiterhin im Lot

Gröhe: "Finanz-Reserven im Sinne der Versicherten nutzen"

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im 1. Quartal 2014 Prämien in Höhe von 236 Millionen Euro an ihre Versicherten ausgezahlt. Zudem kamen den Versicherten zusätzliche freiwillige Satzungsleistungen in Höhe von 55 Millionen Euro zu Gute. Damit haben einzelne Kassen begonnen, ihre Versicherten an den hohen Finanz-Reserven von 16,8 Milliarden Euro teilhaben zu lassen. Ohne diese Sonderfaktoren ergäbe sich für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im 1. Quartal 2014 kein Ausgabenüberschuss sondern sogar ein Einnahmenüberschuss. Das zeigen die vorläufigen Finanzergebnisse der Krankenkassen des 1. Ouartals 2014. Die Krankenkassen erhalten auch für 2014 vom Gesundheitsfonds genügend Finanzmittel, um ihre Ausgaben zu 100 Prozent zu decken.

Einnahmen in Höhe von rund 50,7 Milliarden Euro standen im ersten Quartal Ausgaben von rund 51 Milliarden Euro gegenüber. Die Differenz von rund 270 Millionen Euro ist maßgeblich darauf zurückzuführen, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten durch Prämienauszahlungen und zusätzliche freiwillige Satzungsleistungen (z.B. professionelle Zahnreinigung) an den hohen Finanzrücklagen beteiligt haben. Im 1. Quartal 2014 wurden von den Krankenkassen zudem insgesamt um 120 Millionen Euro höhere Verpflichtungsbuchungen als Forderungsbuchungen im Risikostrukturausgleich vorgenommen.

Die mittlerweile vorliegenden endgültigen Jahresrechnungsergebnisse des Jahres 2013 haben ergeben, dass der Überschuss der Krankenkassen mit 1,36 Mrd. Euro noch um rund 180 Millionen Euro höher ausgefallen ist als das in den vorläufigen Finanzergebnissen ausgewiesene Plus von 1,18 Milliarden Euro. Die Finanzrücklagen der gesetzlichen Krankenkassen sind zum Jahresende 2013 damit auf 16,8 Milliarden Euro angewachsen.

Durch die Prämienauszahlungen haben einzelne Kassen die Möglichkeit genutzt, ihre Versicherten an ihren hohen Finanz-Reserven teilhaben zu lassen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG), das zum 1.1.2015 in Kraft treten soll, erhalten die Kassen mehr Spielräume, ihren Finanz-Reserven über neue Beitrags-Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne der Versicherten zu nutzen.

Finanzentwicklung nach Krankenkassenarten unterschiedlich

Bei einer differenzierten Betrachtung nach Kassenarten zeigt sich eine unterschiedliche Entwicklung: So erzielten die AOKen und die Knappschaft-Bahn-See Überschüsse von rd.

149 bzw. 62 Millionen Euro. Bei den Ersatzkassen überstiegen hingegen die Ausgaben die Einnahmen um rd. 317 Millionen Euro; bei den Betriebskrankenkassen um 128 Millionen Euro und bei den Innungskrankenkassen um 29 Millionen Euro. In diesen Werten sind Forderungen und Verpflichtungen, die sich durch die mit dem GKV-FQWG vorgesehenen Änderungen und aus der Rechtsprechung zum Risikostrukturausgleich im Jahr 2014 ergeben, anteilsmäßig bereits berücksichtigt. Bei der unterschiedlichen Seite 3 von 7 Finanzentwicklung ist zu beachten, dass die Krankenkassen, die Prämien an ihre Mitglieder gezahlt haben, den Krankenkassenarten angehören, bei denen sich jetzt in der Summe Ausgabenüberhänge ergaben. Dies erklärt einen erheblichen Teil der dort ausgewiesenen Defizite.

Saisonbedingtes Defizit beim Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds verzeichnete im 1. Quartal 2014 lediglich ein saisonübliches Defizit von 2,4 Mrd. Euro. Dieses Defizit fällt im Vergleich zum 1. Quartal des Vorjahres (rd. 1,8 Mrd. Euro) insbesondere deshalb höher aus, weil es die im Haushaltsbegleitgesetz 2014 enthaltene vorübergehende Reduzierung des Bundeszuschusses von 14 auf 10,5 Mrd. Euro berücksichtigt (Vorjahr 11,5 Mrd. Euro) unter gleichzeitiger kompensatorischer

Mittelentnahme aus der Liquidides Gesundheitstätsreserve fonds. Das saisonübliche Defizit ist darüber hinaus maßgeblich auf die Auszahlungssystematik des Gesundheitsfonds zurückzuführen. Die Ausgaben des Gesundheitsfonds in Form von Zuweisungen fließen in monatlich gleichen Teilbeträgen (16,6 Mrd. Euro) an die Krankenkassen. Die Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds unterliegen dagegen saisonalen Schwankungen.

Bei der Festlegung der monatlichen Zuweisungen sind die Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Abschaffung der Praxisgebühr auch in 2014 entstehen, sowie gesetzlich induzierte Mehrausgaben für Krankenhäuser in einer Größenordnung von rd. 0,5 Mrd. Euro entsprechend berücksichtigt worden. Sie können ebenso wie die Absenkung des Bundeszuschusses durch eine Entnahme aus der Liquiditätsreserve, deren Höhe zum Jahresende 2013 rd. 13,6 Mrd. Euro betrug, gedeckt werden. Durch die weiterhin günstige Entwicklung der Beitragseinnahmen wird allerdings nur ein Teil des potenziellen Entnahmebetrages von rd. 5,8 Mrd. Euro im Jahr 2014 auch tatsächlich benötigt. Die Einnahmesituation des Gesundheitsfonds wird sich im weiteren Jahresverlauf deutlich verbessern. Gründe dafür sind beitragspflichtige Einmalzahlungen wie Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld, höhere Tarifabschlüsse sowie höhere Renten zum 1. Juli 2014, wobei auch die rentenrechtlichen Verbesserungen im Bereich der Mütterrenten zu Mehreinnahmen der in der GKV führen.

Es lässt sich festhalten, dass die GKV zehn Jahre nach dem Rekord-Schuldenstand in Höhe von damals 8,3 Mrd. Euro (Anfang 2004) zum Jahresanfang 2014 auf einem sehr soliden finanziellen Fundament steht. Gesundheitsfonds und Krankenkassen verfügen rechnerisch am Ende des 1. Quartals 2014 insgesamt über Finanzreserven in einer Größenordnung von rd. 27,7 Mrd. Euro, davon rd. 16,5 Mrd. Euro bei den Krankenkassen und rd. 11,2 Mrd. Euro beim Gesundheitsfonds.

Ausgabenzuwächse bei 5,3 Prozent

Je Versicherten gab es im 1. Quartal 2014 einen Ausgabenzuwachs von 5,3 Prozent. Die Leistungsausgaben stiegen um 5,5 Prozent je Versicherten; die Verwaltungskosten um rd. 2,1 Prozent. Dabei ist im 1. Quartal zu berücksichtigen, dass die Ausgaben in vielen Leistungsbereichen in hohem Maße von Schätzungen geprägt sind, da Abrechnungsdaten häufig noch nicht vorliegen.

Zu den Ausgabenzuwächsen haben in den ersten drei Monaten vor allem überproportionale Steigerungen bei Arzneimitteln und Hilfsmitteln sowie im Kassenartenvergleich deutlich höhere Veränderungsraten bei den Innungskrankenkassen beigetragen.

Entwicklungen in den einzelnen Leistungsbereichen

In den Monaten Januar bis März 2014 sind die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen nach drei Jahren mit sehr moderaten Zuwächsen um 8,4 Prozent gestiegen. Dieser Zuwachs dürfte zu einem erheblichen Teil auf das Auslaufen des auf drei Jahre befristeten erhöhten Herstellerrabatts für patentgeschützte Arzneimittel von 16 Prozent zurückzuführen sein. Zum Jahresbeginn hat die Bundesregierung

jedoch bereits wesentliche ausgabenbegrenzende Regelungen umgesetzt. Das Preismoratorium wurde bis Ende 2017 nahtlos verlängert. Mit Wirkung zum 1. April 2014 wurde der bereits bestehende Herstellerabschlag von 6 Prozent auf 7 Prozent angehoben. Der geringere Zuwachs von 5,8 Prozent, den die neuesten monatlichen Daten der Apothekenrechenzentren für den GKV-Arzneimittelumsatz im April ausweisen, könnte auch mit dieser Regelung zu tun haben.

Im Arzneimittelbereich verzeichneten die Krankenkassen durch die Rabatt-Vereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmen weitere Entlastungen. Im Vergleich zum 1. Quartal 2013 konnten die Einsparungen durch vertraglich vereinbarte Rabatte von rd. 570 Mio. Euro um rd. 130 Mio. Euro auf 700 Mio. Euro erhöht werden.

Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung stiegen die Ausgaben um 3,8 Prozent, bei den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz um 3,6 bzw. 2,9 Prozent. Da für das 1. Quartal in diesen Leistungsbereichen noch keine Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bei den Krankenkassen vorliegen, haben die ausgewiesenen Veränderungsraten jedoch ausschließlich Schätzcharakter und lassen nur begrenzte Schlüsse auf die Ausgabenentwicklung im Gesamtjahr zu.

Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung stiegen je Versicherten um 5,1 Prozent. Dieser überproportionale Zuwachs ist zu einem Teil auf die vom Gesetzgeber im Laufe des vergangenen Jahres eingeführten Verbesserungen der Finanzgrundlagen der Krankenhäuser zurück-



zuführen, die ab August 2013 finanzwirksam wurden und zu erhöhten Ausgaben der Krankenkassen für den größten Leistungsbereich der GKV beigetragen haben. Insgesamt erhielten die Krankenhäuser hierdurch allein von den gesetzlichen Krankenkassen in den Monaten Januar bis März 2014 um rd. 0,9 Mrd. Euro höhere Finanzmittel als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Der Zuwachs des 1. Quartals dürfte sich allerdings im Jahresverlauf abflachen, da die gesetzlich veranlassten Mehrausgaben ab August 2014 nicht mehr vollständig zu höheren Ausgaben gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum führen. Zudem war die Ausgangsbasis des 1. Quartals 2013 mit einem Zuwachs von lediglich 2,3 Prozent, der sich im weiteren Jahresverlauf 2013 auf ca. 4 Prozent erhöhte, ausgesprochen niedrig. Auch dieser statistische Basiseffekt dürfte zu einer geringeren Steigerungsrate im weiteren Jahresverlauf beitragen.

Beim Krankengeld hat sich

nach mehreren Jahren mit hohen oftmals zweistelligen Zuwächsen der Anstieg mit einem Plus von 6,6 Prozent auf hohem Niveau der Vorjahre nur etwas verlangsamt. Als maßgebliche Ursachen für diesen Anstieg beim Krankengeld sind weiterhin eine Zunahme der Krankengeldbezieher in höheren Altersgruppen bei steigendem Renteneintrittsalter sowie der Anstieg von lang andauernden psychischen Erkrankungen zu nennen. Hier sind nicht zuletzt die Unternehmen und die Krankenkassen gemein-

sam gefordert, diesem Trend im Rahmen einer verstärkten betrieblichen Gesundheitsförderung entgegen zu wirken.

Mit den maßgeblichen Faktoren der Ausgabenentwicklung beim Krankengeld und den Steuerungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen und den Gesetzgeber soll sich auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem nächsten Gutachten befassen. Hierzu wird das Expertengremium demnächst vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag für ein Sondergutachten erhalten.

Zweistellige Zuwachsraten wiesen im 1. Quartal erstmalig die Ausgaben für Hilfsmittel aus, die um 10,7 Prozent stiegen. Dieser Zuwachs ist maßgeblich auf Verbesserungen im Bereich der Hörgeräteversorgung zurückzuführen, in dem die Krankenkassen die Festbeträge für Hörhilfen bei hochgradig schwerhörigen Personen in Folge eines Urteils des Bundessozialgerichts annähernd verdoppelt haben. Die Ausgaben in dem Leistungssegment der Hörgeräteversorgung sind demzufolge um rd. 55 Prozent gestiegen.

Positiv zu bewerten ist die Entwicklung im Bereich der Mütter-Väter-Kind-Maßnahmen. diesem Leistungsbereich gab es nach in der Vergangenheit deutlichen Ausgaben-Rückgängen in den Jahren 2009 bis 2011, dann aber jeweils zweistelligen Zuwächsen von rd. 15 Prozent in 2012 und rd. 11 Prozent in 2013, auch im 1. Quartal 2014 ein Plus von rd. 4 Prozent. Die Bemühungen der Bundesregierung, in Kooperation mit den Krankenkassen und den Einrichtungen zu einer verbesserten Bewilligungspraxis und einer Verstetigung des Leistungsgeschehens zu kommen, waren somit erfolgreich. Erfreulich sind auch die Zuwächse von rd. 31 Prozent bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und den Zuschüssen der Krankenkassen für ambulante und stationäre Hospize zu bewerten, bei denen die Ausgaben um rd. 18 Prozent bzw. 13 Prozent angestiegen sind.

Die Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen, sind im 1. Quartal 2014 mit + 2,1 Prozent je Versicherten weiterhin moderat gestiegen. Rückläufige Verwaltungskosten bei den Ersatzkassen von minus 3 Prozent zeigen, dass Krankenkassen mit bislang deutlich überproportionalen Verwaltungskosten durch Einsparungen versuchen, ihre Wettbewerbsposition zu verbessern.

Weitere Perspektive

Auch im Jahr 2014 werden die Zuweisungen mit einem zugesicherten Volumen von 199,6 Mrd. Euro, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, ausreichen, um die voraussichtzuweisungsrelevanten lichen Ausgaben zu decken. Das schließt nicht aus, dass Krankenkassen etwa durch die Gewähvon Prämien freiwillige zusätzliche Satzungsleistungen ihre laufenden Ausgaben nicht nur durch die Einnahmen des laufenden Jahres decken, sondern auf Rücklagen, die in den vergangenen Jahren aufgebaut wurden, zurückgreifen. Die Krankenkassen werden auch in 2014, dem letzten Jahr, in dem das bisherige Finanzierungssystem noch gilt, die notwendige finanzielle Stabilität haben, um ohne Zusatzbeiträge ihrer Mitglieder auszukommen. Das Abschmelzen von Finanzreserven bei den Krankenkassen, die hohe Reserven besitzen, ist politisch gewollt und im Interesse der Versicherten. Aus dem daraus resultierenden Defizit ein dramatisches Szenario für die gesamte GKV zu konstruieren – so wie in den letzten Tagen insbesondere vom GKV-Spitzenverband vorgetragen –, blendet völlig aus, dass die Krankenkassen insgesamt Zuweisungen für 2014 erhalten, die die GKV-Ausgaben zu 100 Prozent decken werden.

Mit dem bereits am 5. Juni vom Bundestag in 2. und 3. Lesung beschlossenen Gesetz zur Stärkung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung wird allen Beteiligten die Gelegenheit gegeben, sich rechtzeitig auf das neue Finanzierungssystem einzustellen. Mit dem Gesetz, das am 11. Juli 2014 im Bundesrat beraten wird, werden die Rahmenbedingungen für einen fairen Preisund Qualitätswettbewerb gestärkt. Es liegt im Interesse der Krankenkassen, sich um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bemühen und die Höhe der Zusatzbeiträge durch eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel gering zu halten.

Konkretere Prognosen zur Finanzentwicklung der GKV im laufenden und im Folgejahr wird Mitte Oktober der gemeinsame Schätzerkreis von Bundesversicherungsamt, Bundesministefür Gesundheit und **GKVS**pitzenverband vornehmen. Unter Berücksichtigung der Finanzergebnisse des 1. Halbjahres 2014 sowie der aktuellsten Eckwerte zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung wird dann eine Aktualisierung der Prognose für 2014 und eine erstmalige Prognose für 2015 erfolgen.

Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschl. der landwirtschaftlichen Krankenversicherung¹⁾ im 1. Quartal 2014

Veränderungsrate je Versichertem im Vergleich zum 1. Quartal 2013 in v.H.

	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK	LKK
Ärztliche Behandlung ²⁾	3,8	2,7	4,3	7,8	1,3	4,3	0,4
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	3,6	5,0	3.7	3,3	3,6	2,5	3,8
Zahnersatz insgesamt	2,9	4,5	1,1	2,0	4,6	1,9	7,0
Arznei- und Verbandmittel insgesamt	8,4	8,5	9,1	11,3	5,3	7,9	3,1
Summe Hilfsmittel	10,7	8,0	6,4	34,6	14,0	12,0	-3,5
Summe Heilmittel	5,2	8,9	5,7	9,6	10,7	1,1	3,1
Krankenhausbehandlung insgesamt mit stationärer Entbindung	5,1	4,5	5,6	8,8	5,6	4,9	7,1
Krankengeld	6,6	10,7	5,9	4,9	-2,1	4,7	9,8
Fahrkosten	8,2	5,8	7,4	21,6	6,5	10,2	8,0 -1,7
Vorsorge- u. Rehabilitationsmaßnahmen	2,2	3,1	3,1	8,1	16,1	-1,1	-1,7
Schutzimpfungen	-0,1	8,4	-4,5	-8,1	5,2	-3,2	-7,4
Früherkennungsmaßnahmen	-1,3	0,4	2,3	-3,4	-0,4	-3,9	-3,6
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung	3,5	1,5	0,9	4,7	17,2	5,5	-11,8
Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege	9,8	9,7	13,1	10,0	8,3	9,3	10,€
Dialyse	-1,9	-4,7	-0,4	1,1	3,6	0,3	14,1
Ausgaben für Leistungen insgesamt	5,5	5,3	5,6	8,7	5,3	5,2	4,3
Netto-Verwaltungskosten ⁸⁾	2,1	4,4	7,0	3,3	5,8	-3,0	2,5
Ausgaben insgesamt	5,3	5,2	5,6	8,5	5,3	4,8	4,2
Überschuss der Einn	ahmen bzw. de	er Ausgab	en absolu	ut in Mio.	EUR		
	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK	LK

	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK	LKK
Ausgaben insgesamt	50.980	19.035	7.619	3.444	1.672	18.604	608
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ³⁾	49.782	19.053	7.445	3.392	1.719	18.173	
Beitragseinnahmen ⁴⁾	220	0	0	0	-0	0	220
Sonstige Einnahmen ⁵⁾	708	131	46	22	15	114	381
Einnahmen insgesamt	50.710	19.184	7.490	3.414	1.734	18.287	601
Überschuß/Defizit(-)	-270	149	-128	-29	62	-317	-7

	in Mio. EUR	Veränderung zum 1. Quartal 2013 in v H
Ausgaben <u>für</u> das 1.Quartal 2014 insgesamt	49.915	4,0
davon :		
Zuweisungen an die Krankenkassen ⁶⁾	49.905	4,0
Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke (Minijob- Zentrale)	9	
Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. 271 Abs. 6 SGB V	1	
Einnahmen für das 1. Quartal 2014 insgesamt	47.493	2,7
davon :		
Beitragseinnahmen incl. Forderungen	44.893	3,5
Bundeszuschüsse ⁷⁾	2.597	-8,7
Sonstige Einnahmen	3	
Überschuß/Defizit(-) ⁷⁾	-2.422	

¹⁾ Die landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) nehmen nicht an dem zum 01.01.2009 eingeführten Gesundheitsfonds teil.

Quelle: GKV Statistik BMG, Vordruck KV 45

²⁾ einschl. Integr. Versorgung, Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern, ärztliche Beratung und Behandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch sowie ohne Dialysesachkosten und ohne von den Versicherten geleistete Zuzahlungen

³⁾ Von den Krankenkassen ausgewiesene Zuweisungen für den Berichtszeitraum einschließlich Forderungen und Verpflichtungen

⁴⁾ Der Wert der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung bezieht sich auf die Beitragseinnahmen des Berichtszeitraums. Bei den Beitragseinnahmen der anderen Krankenkassenarten (am Gesundheitsfonds teilnehmende Krankenkassen) handelt es sich insbesondere um Beiträge bis zum 31.12.2008 (GKV-weit rd. 0,4 Mio.Euro), die erst jetzt den Krankenkassen bekannt wurden.

⁵⁾ bei der LKK insbesondere Zuschüsse des Bundes für die landwirtschaftlichen Altenteiler sowie bei allen Kassen insbesondere Erstattungen von Dritten und Vermögenserträge

⁶⁾ ausgezahlte Zuweisungen des Bundesversicherungsamtes für den Berichtszeitraum

⁷⁾ Das Ergebnis berücksichtigt die im Haushaltsbegleitgesetz 2014 enthaltene Reduzierung des Bundeszuschusses von 14 auf 10,5 Mrd. €, wonach der Gesundheitsfonds für den Berichtszeitraum rd. 866 Mio. € zuviel erhalten hat.

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung		Car	
	in Mrc	. EUR	absolute Differenz in Mrd. EUR
	1. Quartal 2013	1. Quartal 2014	1. Qu. 2013 zu 1. Qu. 2014
Ausgaben insgesamt	48,02	50,98	2,96
mit Zuzahlungen der Versicherten	48,94	51,92	2,97
Leistungen insgesamt 1)	45,51	48,21	2,69
mit Zuzahlungen der Versicherten	46,44	49,14	2,70
darunter - jeweils mit Zuzahlungen - :	3 3 3		
Ausgaben, die der vertragsärztlichen Versorgung zugute kommen 2)	9,10	9,40	0,31
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	2,40	2,50	0,10
Zahnersatz	0,74	0,76	0,02
Zahnärztliche Behandlung insgesamt Arzneimittel aus Apotheken und von Sonstigen	3,14 8,03	3,26 8,69	0,12 0,66
Hilfsmittel	1,68	1,86	0,18
Heilmittel	1,26	1,33	0,07
Krankenhausbehandlung	16,70	17,61	0,91
Krankengeld	2,52	2,69	0,18
Leistungen im Ausland	0.18	0,17	-0,00
Fahrkosten	1,05	1,13	0,09
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	0,74	0,76	0,02
Schutzimpfungen 3)	0,24	0,24	0,00
Schwangerschaft / Mutterschaft 4)	0,28	0,29	0,01
Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege	1,03	1,14	0,11
Sonstige Leistungsausgaben	0,51	0,57	0,06
Sonstige Aufwendungen	0,26	0,47	0,21
Netto-Verwaltungskosten ³	2,25	2,30	0,06

Anteile an den Ausgaben insgesamt

Ausgaben, die der vertragsärztlichen Versorgung zugute kommen 18% Zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) 5% Zahnersatz 1% Arzneimittel aus Apotheken und von Sonstigen 17% Hilfsmittel 4% Heilmittel 3% Krankenhaus-behandlung 34% Krankengeld 2% Fahrkosten Vorsorge- und Reha-Maßnahmen 1% Behandlungs-/Häusliche Krankenpflege 2% Netto-Verwaltungskosten 4% Sonstige Ausgaben 3% Ausgaben insgesamt 100,00%

Ausgabenanteile 1. Quartal 2014

Zahnärztliche Zahnersatz 1% Behandlung (ohne Zahnersatz) 5% Arzneimittel aus Versorgung zugute Apotheken und von kommen 18% Sonstigen 17% Hilfsmittel 4% Sonstige Ausgaben 3% Heilmittel 3% Netto-Verwaltungskosten 4% Behandlungs-/Häusliche Krankenpflege 2% Krankenhaus-Vorsorge- und Rehabehandlung 34% Maßnahmen 1% Krankengeld 5% Fahrkosten 2%

Fußnoten:

- 1) Ausgaben der Integrierten Versorgung sind in den jeweiligen Ausgabenblöcken enthalten
- 2) In dieser Ausgabenposition sind enthalten: ärztliche Behandlung, Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern,

 $\"{a}rztliche \ Beratung \ und \ Behandlung \ bei \ Empf\"{a}ngnisverh\"{u}tung, \ Sterilisation, \ Schwangerschaftsabbruch,$

Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge sowie Dialyse-Sachkosten. Die Praxisgebühr ist mit Wirkung vom 1.1.2013 weggefallen.

- 3) ohne ärztliches Honorar
- 4) ohne stationäre Entbindung und ärztliche Leistungen

247

Angebot von Weiterbildungsstellen

Der Bundesverband Deutscher Pathologen hat unter seinen Mitgliedern eine Befragung durchgeführt, wer zum aktuellen Zeitpunkt Weiterbildungsstellen zur Verfügung stellen kann. Die nachfolgenden Tabellen zeigen das Angebot an Weiterbildungsstellen in der Pathologie/Neuropathologie und in der Gynäkologischen Zytologie für den Zeitraum 2014/2015.

Weiterbildungsstellen Pathologie / Neuropathologie 2014 / 2015

(Sortierung aufsteigend nach Postleitzahlen)

PLZ/Ort	Institut / betrieben durch	Kontakt	2014	2015
01129 Dresden	Gemeinschaftspraxis für Pathologie / private Niederlassung	Dr. O. Holotiuk, Tel. 0351 - 858998-5, gp.pathologie.dresden@t-online.de		
04103 Leipzig	Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Leipzig / Universität	Prof. C. Wittekind, Tel. 0341 - 97-15000, christian.wittekind@medizin.uni-leipzig.de		
10117 Berlin	Institut für Pathologie, Charité Campus Mitte / Universität	Prof. M. Dietel, Tel. 030 - 45053-6002, manfred.dietel@charite.de		х
19061 Schwerin	Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Neuropathologie / private Niederlassung	Dr. D. Rothacker, Tel. 0385 - 65970, drothacker@patho-sn.de		
22767 Hamburg	Institut für Pathologie / private Niederlassung	Prof. A. Niendorf, Tel. 040 - 4130353-0, a.niendorf@pathologie-hh-west.de		х
23562 Lübeck	Dermatohistologisches Labor / private Niederlassung	PD Dr. C. Rose, Tel. 0451 - 50270-50, rose@dermatohistologie-luebeck.de	х	
38440 Wolfsburg	Institut für Pathologie, Klinikum Wolfsburg / private Niederlassung und Abteilung für Pathologie eines Krankenhauses (Reutlinger Modell)	Dr. A. Reinecke-Lüthge, Tel. 05361 - 8017-80, axel.reinecke-luethge@klinikum.wolfsburg.de		х
41236 Mönchengladbach	Institut für Pathologie / private Niederlassung	Dr. E. Rösler, Tel. 02166 - 628900, info@patho-institut.de		х
44789 Bochum	Institut für Pathologie, Ruhr-Universität Bochum / Universität	Prof. A. Tannapfel, Tel. 0234 - 302-4800, andrea.tannapfel@rub.de	х	
47053 Duisburg	Institut für Pathologie, Bethesda-Krankenhaus / als Abteilung für Pathologie eines Krankenhauses	Prof. CD. Gerharz, Tel. 0203 - 6008-1600, gerharz@bethesda.de	х	х
58095 Hagen	Pathologisches Institut, Allgemeines Krankenhaus / private Niederlassung	Dr. M. Ruwe, Tel. 02331 - 379850, mruwe@t-online.de		х
63065 Offenbach am Main	Dermatologisches Labor / private Niederlassung	Prof. PP. Kind, Tel. 069 - 98558990, p.kind@histologielabor.de	х	
63739 Aschaffenburg	Institut für Pathologie, Klinikum Aschaffenburg / als Abteilung für Pathologie eines Krankenhauses und MVZ	Prof. M. Eck, Tel. 06021 - 3246-01, matthias.eck@klinikum-aschaffenburg.de		х
67063 Ludwigshafen	Institut für Pathologie / private Niederlassung	Dr. V. Kaufmann, Tel. 0621 - 695522, info@pathologie-ludwigshafen.de	х	
67655 Kaiserslautern	Institut für Pathologie, Westpfalz-Klinikum GmbH / als Abteilung für Pathologie eines Krankenhauses	Prof. U. Ramp, Tel. 0631 - 2032710, uramp@westpfalz-klinikum.de		х
73035 Göppingen	Institut für Pathologie, Klinik am Eichert / als Abteilung für Pathologie eines Krankenhauses und MVZ	Dr. A. Bader, Tel. 07161 - 642979, axel.bader@af-k.de		х
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	-	

Weiterbildungsstellen Pathologie / Neuropathologie 2014 / 2015

(Sortierung aufsteigend nach Postleitzahlen)

PLZ/Ort	Institut / betrieben durch	Kontakt	2014	2015
76137 Karlsruhe	Institut für Pathologie, St. Vincentius-Klinike / private Niederlassung und Abt. für Pathologie eines Krankenhauses (Reutlinger Modell)	Prof. G. Faller, Tel. 0721 - 8108-3023, gerhard.faller@vincentius-ka.de		х
86156 Augsburg	Pathologisches Institut, Krankenhauszweckverband Augsburg / als Abteilung für Pathologie eines Krankenhauses	Prof. H. Arnholdt, Tel. 0821 - 400-2150, hans.arnholdt@klinikum-augsburg.de		х
87600 Kaufbeuren	Institut für Pathologie Kaufbeuren, Gemeinschaftspraxis / private Niederlassung	Dr. M. Lessel, Tel. 08341 - 96094-13, marlene.lessel@pathologie-kaufbeuren.de	х	
91054 Erlangen	Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Erlangen / Universität	Prof. A. Hartmann, Tel. 09131 - 852-2286, arndt.hartmann@uk-erlangen.de		х

⁻ Angaben ohne Gewähr -

Weiter- und Fortbildungsstätten Gynäkologische Zytologie 2014 / 2015

(Sortierung aufsteigend nach Postleitzahlen)

PLZ/Ort	Institut	Kontakt	Angebot gynäkologische Diagnostik	Angebot extragenitale zytologische Diagnostik	WB-Befugnis Gynäko- Zytologie
63739 Aschaffenburg	Institut für Pathologie	Prof. Dr. med. M. Eck, Tel. 06021 - 3246-01, matthias.eck@klinikum-aschaffenburg.de	х		Х
87600 Kaufbeuren	Institut für Pathologie	Dr. M. Lessel, Tel. 08341 - 96094-13, marlene.lessel@pathologie-kaufbeuren.de	Х	Х	х

[–] Angaben ohne Gewähr –

Weitere Informationen:

Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin Tel.: 030 3088197-0, Fax: 030 3088197-15 bv@pathologie.de, www.pathologie.de

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.

RA Norbert H. Müller

Der Rechtsrat – kurz und bündig

Verstärkte Patientenhaftung in Folge des Patientenrechtegesetzes?

Fragestellung:

Auf verschiedenen Kongressveranstaltungen und Seminaren wurde mir mitgeteilt, dass durch das Mitte letzten Jahres in Kraft getretene sogenannte Patientenrechtegesetz auch wesentliche Änderungen auf dem Gebiet Patientenhaftung in Kraft getreten sein sollen. Insbesondere bitte ich um Mitteilung, ob es nunmehr notwendig ist, den Patienten am Aufklärungstag eine Kopie der Aufklärung auszuhändigen und dies auch vom Patienten quittieren zu lassen.

Weiter bitte ich bei dieser Gelegenheit um Mitteilung, was man sinnvollerweise in den Freitextblock des vorbereiteten Aufklärungsbogens einfügt, damit das persönliche Gespräch mit dem Patienten auch hinreichend dokumentiert ist.

Antwort:

1.

In der Tat ist es zutreffend, dass durch das zum 26.02.2013 in Kraft getretene sogenannte Patientenrechtegesetz eine Verpflichtung der Behandlungsseite begründet wurde, dem Patienten "Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen". Die betreffende Regelung findet sich § 630e Abs. 2 BGB.

Auch wenn das Gesetz keine

konkrete zeitliche Vorgabe enthält, doch davon auszugehen, dass die Aushändigung zeitnah, empfehlenswerterweise zeitnah im unmittelbaren Anschluss an das Aufklärungsgespräch, erfolgen sollte.

Eine gesetz-

liche Pflicht des Patienten zur Quittierung bzw. eine hiermit korrespondierende Verpflichtung der Behandlungsseite zur Einholung einer solchen besteht nicht. Allerdings ist eine solche selbstverständlich zu empfehlen, um die Aushändigung in einem möglichen Streitfall nachweisen zu können. Wenn der Patient eine Quittierung verweigert, sollte ein entsprechender Vermerk der aufklärenden Person auf dem Aufklärungsbogen erfolgen.

2.

Pauschale Empfehlungen, welche Eintragungen in dem Freitextblock des Aufklärungsbogens vorgenommen werden, können wir leider nicht geben. Hierzu wäre insbesondere zunächst eine Kenntnis des konkre-

ten Aufklärungsbogens nötig (Es existieren bekanntlich eine Vielzahl von Mustern verschiedener Verlage sowie eigenerstellte Aufklärungsbögen).

Unseres Erachtens hat eine handschriftliche, über die bloße Unterzeichnung des Aufklärungsbogens hinausgehende Eintragung den Vorteil, dass dies in einem möglichen gerichtlichen Streitfall in der Regel als wesentliches Indiz dafür angesehen wird, dass mit dem Patienten tatsächlich das erforderliche Aufklärungsgespräch (Die Aufklärung nur durch einen schriftlichen Aufklärungsbogen reicht auch nach den Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes nicht aus!) geführt wurde. Insoweit wäre z. B. ein sinngemäßer Vermerk dahingehend sinnvoll, dass dem Patienten "Art, Umfang,



Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken sowie die Erfolgsaussichten entsprechend dem Aufklärungsbogen in einem ausführlichen Gespräch erläutert wurden". Ggf. empfiehlt sich auch – soweit gegeben – der Hin-

weis, dass über etwaige Behandlungsalternativen aufgeklärt wurde. Eine erneute Nennung einzelner Risiken, welche bereits vorgedruckt im Aufklärungsbogen genannt werden, halten wir für weniger zweckdienlich, da

insoweit das Risiko besteht, dass dann von Patientenseite später so argumentiert wird, dass bestimmte Risiken, welche nicht erneut handschriftlich aufgenommen wurden, nicht besprochen worden sind.

Weiterbeschäftigung auch nach Renteneintritt möglich?

Fragestellung:

Aufgrund der erheblichen Engpassituation auch im fachärztlichen Bereich möchte ich eine Weiterarbeit meines leitenden Oberarztes auch über den Zeitpunkt seines anstehenden gesetzlichen Renteneintritts seitens der Verwaltung sicherstellen. Diese verweist jedoch darauf, dass eine solche Weiterbeschäftigung nach den AVR in Verbindung mit gesetzlichen Regelungen nicht umsetzbar sei und deshalb eine solche Weiterbeschäftigung über das Rentenalter hinaus nicht erfolgen könne. Vielmehr verweist die Verwaltung darauf, dies könne allenfalls als "Honorararzt", nicht jedoch als Angestellter, wie bisher, erfolgen, da anderenfalls eine Dauerbeschäftigung drohe.

Ist dies zutreffend oder gibt es Möglichkeiten, meinen leitenden Oberarzt auch nach Erreichen seines Rentenalters zumindest für eine Dauer von einigen Jahren wirksam befristet als Angestellten weiter zu beschäftigen.

Antwort:

1.

Ausweislich der AVR/Caritas ist die Beschäftigung eines Mitarbeiters über die Vollendung des gesetzlich festgelegten Alters zum Erreichen einer abschlagsfreien Regelaltersrente hinaus

unter der Voraussetzung möglich, dass ein neuer schriftlicher Dienstvertrag abgeschlossen wird, § 19 Abs. 5 AVR/Caritas. Dieses Dienstverhältnis kann dann jederzeit mit einer – kürzeren – Frist von 4 Wochen zum Ende eines Monats gekündigt und/oder von vornherein auch befristet abgeschlossen werden.

Da unabhängig von der kürzeren Kündigungsfrist das Kündigungsschutzgesetz auch nach Vollendung des Regelrentenalters grundsätzlich Anwendung findet und der Bezug einer abschlagsfreien Altersrente keinen eine Kündigung nach dem Kündigungsschutzgesetz rechtfertigenden Grund darstellt, ist das Interesse des Arbeitgebers an einer lediglich befristeten Weiterbeschäftigung bzw. Verlänge-Beschäftigungsrung verhältnisses nachvollziehbar.

2.

Die Zulässigkeit und Wirksamkeit der Befristung eines Arbeitsverhältnisses richtet sich nach dem Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge, dem Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG).

a)

Nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz ist die Befristung



eines Arbeitsvertrages zulässig, wenn sie durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt oder – ohne sachlichen Grund – unter bestimmten Voraussetzungen kalendermäßig bestimmt ist.

aa)

Nach § 14 Abs. 2 TzBfG ist die kalendermäßige Befristung eines Arbeitsvertrages ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes bis zur Dauer von 2 Jahren zulässig. Allerdings schränkt § 14 Abs. 2 Satz 2 TzBfG die Zulässigkeit der kalendermäßigen Befristung dann ein, wenn mit demselben Arbeitgeber bereits zuvor ein befristetes oder unbefristetes Arbeitsverhältnis bestanden hat.

Demnach bedarf die nachträgliche Befristung eines unbefristeten Arbeitsverhältnisses nach ständiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes (BAG, Urteil vom 8. 7. 1998 – 7 AZR 245-97) immer eines sachlichen Grundes.Da es sich vorliegend um eine Weiterbeschäftigung bei bestehendem Arbeitsverhältnis handelt, scheidet eine kalendermäßige Befristung ohne Sachgrund nach § 14 Abs. 2 TzBfG an dieser Stelle aus.

bb)

Ausnahmsweise ist die kalendermäßige Befristung eines Arbeitsvertrages ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes bis zu einer Dauer von 5 Jahren zulässig, wenn der Arbeitnehmer bei Beginn

des befristeten Arbeitsverhältnisses das 52. Lebensjahr vollendet hat und unmittelbar vor Beginn des befristeten Arbeitsverhältnisses mindestens 4 Monate beschäftigungslos i.S.d. § 119 Abs. 1 Nr. 1 SGB III gewesen ist.

Neben dem Kriterium des Alters knüpft § 14 Abs. 3 TzBfG nunmehr zusätzlich an die "Beschäftigungslosigkeit" an. Bisher nicht geklärt ist, ob § 14 Abs. 3 TzBfG auf den befristeten Abschluss von Arbeitsverhältnissen mit Rentnern erfasst. Der Verweis auf den umfassenderen Be-"Beschäftigungsder griff losigkeit" – und nicht bloß "Arbeitslosigkeit", die bei einem Rentner nicht vorliegt - dürfte dies nicht ausschließen.

Schließlich ist nach der Legaldefinition des § 138 Abs. 1 Nr. 1 SGB III beschäftigungslos, wer nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht, was also auch auf Rentner zutrifft.

Eine sich unmittelbar an die altersbedingte Beendigung des Ar-



beitsverhältnisses anschließende Beschäftigung ist allerdings ohne die Befristung rechtfertigenden Sachgrund i.S.d. § 14 Abs. 1 TzBfG nicht möglich.

b)

Als die Befristung rechtfertigender Sachgrund benennt § 14 Abs. 1 TzBfG u.a. auch "in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe" (§ 14 Abs. 1 Nr. 6 TzBfG).

Generell kann eine altersgrenzende Regelung einen die Befristung rechtfertigenden sachlichen Grund darstellen (BAG Urteil vom 08.12.2010 – 7 AZR 438/09). Das Landesarbeitsgericht Berlin-Brandenburg hat entschieden, dass die nachträgliche Befristung eines zuvor langjährig unbefristet bestehenden Arbeitsverhältnisses, nachdem der Arbeitnehmer die Regelaltersgrenze erreicht und Anspruch auf gesetzliche Altersrente hat, als ein in der Person des Arbeitnehmers liegender Grund im Sinne des § 14 Abs. 1 Nr. 6 TzBfG gerechtfertigt ist (LAG Berlin-Brandenburg Urteil vom 20.11.2012 - 12 Sa

1303/12).

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass das Teilzeitbefristungsgesetz die Befristung der Verlängerung eines Arbeitsverhältnisses über das Regelrentenalter hinaus nicht generell ausschließt, sondern durchaus als ein in der Person des Arbeitnehmers liegenden Grund anerkennt, so dass die Befristung hiernach sehr wohl zulässig sein kann und das Arbeitsverhältnis dann auch wirksam beendet.

Auf der anderen Seite weisen wir höchst vorsorglich darauf hin, dass eine höchst-richterliche Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts zu speziell dieser Frage der zulässigen Befristung der Weiterbeschäftigung über das Regelrentenalter hinaus noch nicht vorliegt, nach Kenntnis des Unterzeichners aber derzeit anhängig ist.

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

Beschränkung der Einwilligung auf Behandlung durch Wahlarzt

Wahlärztliche Leistungen hat der Wahlarzt grundsätzlich persönlich zu erbringen. Während in der Vergangenheit allenfalls der Ausfall des Honorars für die nicht persönlich durch den Wahlarzt erbrachten Leistungen drohte, sind die Folgen nach der jüngeren und aktuellsten Rechtsprechung sehr viel gravierender für den Wahlarzt und das Krankenhaus.

Nachdem der Bundesgerichtshof in Strafsachen in 2012 entschieden hatte, dass der Arzt mit der Rechnung nicht lediglich behaupte, zur Abrechnung der aufgeführten Leistungen berechtigt zu sein, sondern auch, dass die Voraussetzungen der der Abrechnung zugrunde liegenden Rechtsvorschriften eingehalten worden seien, er im übrigen über die Richtigkeit der Rechnung täusche im Sinne eines Abrechnungsbetruges (BGH Urteil vom 25.01.2012 - 1 StR 45/11), hat das Oberlandesgericht Braunschweig die Folgen eines Verstoßes gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung um eine Facette erweitert.

OLG Braunschweig Urt. v. 25.09.2013 – 1 U 24/12

Nach Auffassung des Oberlandesgerichts beschränke der wahlärztliche Leistungen in Anspruch nehmende Patient die Einwilligung in die Heilbehandlung auf die Person des Wahlarztes. Wird die Heilbehandlung durch einen Vertreter durchgeführt, fehlt dem Heileingriff die Einwilligung des

Patienten, sofern nicht die Voraussetzungen einer wirksamen Stellvertretung vorliegen. Der Eingriff sei rechtswidrig, so dass OLG Braunschweig.

Kein Behandlungsfehler

Bei der auf Schadensersatz und Schmerzensgeld klagenden Patientin ist eine Strumaresektion durchgeführt worden. Die Patientin hatte mit dem Krankenhausträger eine Wahlarztvereinbarung geschlossen. Die Operation hat der Vertreter des Wahlarztes unter Aufwendung größtmöglicher Sorgfalt dem ärztlichen Standard entsprechend durchgeführt; gleichwohl hat sich eine Komplikation in Form einer einseitigen Nervverletzung mit der Folge der Stimmbandlähmung realisiert.

Einen Behandlungsfehler des Operateurs verneinte das Gericht nach Einholung eines Sachverständigengutachtens.

Behandlungsvertragswidriger Eingriff

Durch die Wahlarztvereinbarung sei der Patientin aber zugesichert worden, dass sie primär durch den Leiter der Abteilung selbst operiert werde, so er nicht unvorhergesehen verhindert und ihr die Verhinderung rechtzeitig mitgeteilt worden wäre. Durch die Wahlarztvereinbarung sei die Durchführung der Operation auf den Chefarzt persönlich beschränkt. Der Durchführung der Operation durch einen Vertreter fehlt die – rechtfertigende – Ein-



willigung der Patienten in den Heileingriff.

Das Oberlandesgericht stützt seine Entscheidung auf ein Urteil des Bundesgerichtshofes (Urt. v. 11.05.2010 - VI ZR 252/08), bei dem der Chefarzt mit dem keine wahlärztlichen Leistungen in Anspruch nehmenden Patienten – gesetzlich versicherten Patienten besprochen hatte, dass er, sofern es ihm möglich sei, die Operation selbst durchführen werde. Eine ausdrückliche Beschränkung der Einwilligung auf den Chefarzt hatte es nicht gegeben. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofs handelte es sich um eine unverbindliche Zusage; zudem müsse der Patient regelmäßig damit rechnen, durch jeden diensthabenden Arzt behandelt zu werden. Es sei deshalb zu verlangen, dass ein Patient unmissverständlich und ausdrücklich klarmache, wenn er nur durch einen bestimmten Arzt behandelt werden wolle, woran es in jenem Fall gefehlt hätte. In diesem Zusammenhang hat der Bundesgerichtshof jedoch auch

ausgeführt, was für den Fall einer Wahlvereinbarung gelte:

"Die beim totalen Krankenhausaufnahmevertrag bestehende Situation ist von den Fällen zu unterscheiden, in denen der Patient aufgrund eines Zusatzvertrages Wahlleistungen, besonders die sogenannte Chefarztbehandlung, in Anspruch nimmt. In diesen Fällen ist der Arzt gegenüber dem Patienten aus einer ausdrücklichen Wahlleistungsvereinbarung verpflichtet und muss seine Leistungen gemäß § 613 GB grundsätzlich selbst erbringen. Der Patient schließt einen solchen Vertrag nämlich in dem Vertrauen auf die besonderen Erfahrungen und die herausgehobene medizinische Kompetenz des von ihm ausgewählten Arztes ab, die er sich in Sorge um seine Gesundheit gegen Entrichtung eines zusätzlichen Honorars für die Heilbehandlung sichern will. Insbesondere muss der als Wahlarzt verpflichtete Chirurg die geschuldete Operation grundsätzlich selbst durchführen, sofern er mit dem Patienten nicht eine Ausführung seiner Kernleistungen durch einen Stellvertreter wirksam vereinbart hat."

Aus der Entscheidung des BGH folge, so dass OLG Braunschweig, dass eine getroffene Wahlarztvereinbarung als Beschränkung der Einwilligung zur Behandlung auf einen bestimmten Behandler grundsätzlich ausreiche, ohne dass es daneben einer zusätzlichen mündlichen Vereinbarung bedürfe.

Keine Unterscheidung zwischen Honorarund Haftungsrecht

Eine Differenzierung nach haftungsrechtlicher Betrachtungsweise einerseits und honorarrechtlicher Betrachtungsweise andererseits komme nicht in Betracht. Es gehe nicht an, dass in Folge nicht vereinbarter Behandlung durch einen Vertreter das Vorgehen zwar dem Honoraranspruch als rechts- und pflichtwidrig entgegenstehe, bei der Frage der Haftung aber noch rechtmäßig sein soll.

Damit gelten die vom BGH mit Urteil vom 20.12.2007 (Az.: III ZR 144/07, AuK Heft 02/2008, S. 88 f. und Heft 03/2008) aufgestellten Grundsätze zur persönlichen Leistungserbringung und Stellvertretung bei wahlärztlichen Leistungen entsprechend.

Stellvertretung bei wahlärztlichen Leistungen

Die Vertretung des vorhersehbar verhinderten Wahlarztes kann in der Wahlarztvereinbarung selbst nicht wirksam vereinbart werden, sondern nur die Stellvertretung bei unvorhergesehener Verhinderung des Wahlarztes. Die Stellvertretung bei vorhersehbarer Abwesenheit der Wahlarztes ist möglich, erfordert aber eine vorherige individuelle Vereinbarung mit dem Patienten unter namentlicher Benennung des Stellvertreters.

Nachträgliche Genehmigung durch Begleichung der Rechnung?

Die nicht vereinbarte Vertretung werde auch nicht nachträglich dadurch genehmigt, so dass OLG Braunschweig dass die Patientin die Rechnung über wahlärztliche Leistungen beglichen hat. Der Zahlung fehle ein entsprechendes Bewußtsein und damit ein entsprechender Erklärungswille der Patientin.

Kausaler Schaden

Aus der pflichtwidrigen Nichteinhaltung der vertraglichen Vereinbarung folgt der vom Krankenhaus, dem Wahlarzt und seinem Vertreter als Gesamtschuldner zu leistende Schadensersatz. Den Einwand des gleichen Verlaufs bei hypothetisch rechtmäißgem Alternativverhalten, dass nämlich derselbe Schaden auch dann entstanden wäre, wenn der Wahlarzt persönlich operiert hätte, könnten die Beklagten nicht führen.

Fazit

Das OLG Braunschweig, gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, führt nochmals deutlich vor Augen, dass sich der Patient mit der Wahlarztvereinbarung die Behandlung durch einen bestimmder Regel qualifiziertesten Arzt, nämlich den Wahlarzt hinzukauft: der Patient sei bereit, für die Behandlung durch den Wahlarzt mehr zu zahlen, weil er sich eine besonders sachkundige und sorgfältige ärztliche Behandlung durch ihn erhoffe (BGH Urteil vom 18.06.1985, NJW 1985, 2189 f.). Jede – unzulässige – Abweichung von der durch die Wahlarztvereinbarung begründeten Verpflichtung zu persönlichen (Haupt-)Leistungserbringung stellt eine pflichtwidrige Vertragsverletzung dar, die ggf. Schadensersatzansprüche auslöst. Die nicht-persönliche Behandlung durch den Wahlarzt erfordert grundsätzlich eine vor Leistungserbringung schriftlich geschlossene individuelle Stellvertretervereinbarung, durch die sich die Behandlung dann allerdings auf den in der Stellvertretervereinbarung namentlich benannten Vertreter beschränkt.

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

3. VLK Bundeskongress Berlin, 27. September 2014

Welche Medizin, welche Ärzte will unsere Gesellschaft?

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

welche Medizin wünschen wir uns?

Mit seinem Gedicht hat Eugen Roth die Situation humorvoll und treffend beschrieben: "Was bringt den Doktor um sein Brot? a) Die Gesundheit, b) der Tod. Drum hält der Arzt auf dass er lebe, uns zwischen beiden in der Schwebe."

Lassen Sie uns über eine erfolgreiche Zukunft diskutieren, auch wenn diese ungewiss und ein Geheimnis ist. Denn was ist die Rolle des Leitenden Arztes? Das Kommende vorzubereiten und die Zukunft erfinden, zum Wohle des Patienten.

Veranstaltungsort:

Hotel Adlon Kempinski Berlin, Palaissaal, Unter den Linden 77, 10117 Berlin

Referenten und Tagungsvorsitzende:

Dr. Werner Bartens/München Anselm Bilgri/München Erik Bodendieck/Dresden Dr. Jürgen Brenner/Hamburg Prof. Dr. Hans-Peter Bruch/Berlin

Prof. Dr. Cornelia Cedzich/Saarbücken

Uwe Deh/Berlin

Dr. Josef Düllings/Berlin

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück/Weimar

Prof. Dr. Gundolf Gubernatis/Wilhelmshaven

Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB/Berlin Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery/Berlin

RA Norbert H. Müller/Bochum

Prof. Dr. Herbert Rebscher/Hamburg

Dr. Hans-Friedrich Spies/Wiesbaden

PD Dr. Michael A. Weber/Dachau

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser/Düsseldorf

Dr. Wolfgang Wesiack/Wiesbaden

Dr. Theodor Windhorst/Münster

In Kooperation mit:

- Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Hotel-Abrufkontingent bis 27.08.2014: Für 27./28.09.2014: Hotel Adlon Kempinski Berlin DZ 320,- € je Übernachtung (inkl. Frühstück), Stichwort: VLK-Bundeskongress 2014, Tel.: 030/2261-1111

O
3
ਰ
4
~
≥
虿
₫
<u>a</u>
2
. <u></u>
Ħ
•
⊆
0
-

Das Anmeldeformular bitte ausfüllen und an die Adresse des VLK schicken. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Frau Regina Baer, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211 - 454990, Fax: 0211 - 451834, E-Mail: info@vlk-online.de

Name:	_ Vorname:	_ Titel:
Klinik/Praxis:	_ Straße:	_ PLZ/Ort:
E-Mail:	_ Datum:	_ Unterschrift:

Programm:

09:00 Registrierung und Kaffee

10:00 Begrüßung und Einführung, Weiser

Tagungsvorsitz am Vormittag: Bruch/Fünfstück

10:15 Was erwartet die Gesellschaft von einem Leitenden Krankenhausarzt?, **Rebscher**

10:45 Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Berufsethos und Ökonomie, Bilgri

11:15 Ärztliche Behandlungsfehler:

Sachgerechte Information oder interessengesteuerte Diffamierung?

- Aus Sicht der BÄK, **Montgomery**
- Aus Sicht des VKD, Düllings
- Aus Sicht der GKV, Deh
- Aus Sicht der Medien, Bartens
- 12:15 Podiumsdiskussion mit Referenten, Moderation: Weber
- 12:45 Verleihung des VLK-Zukunftspreises, Laudator: Montgomery
- 13:15 Mittagspause

Tagungsvorsitz am Nachmittag: Wesiack/Cedzich

- 14:00 Schleudersitz Chefarzt
 - Frühwarnindikatoren, Müller
 - Wie hilft der VLK? Brenner
- 14:30 Wie lösen wir den Ärztemangel?
 - Delegation? Lauterbach
 - Substitution? Windhorst
 - Migration? **Bodendieck**
 - Initiativpakt des VLK, Gubernatis

15:30 Podiumsdiskussion mit Referenten, Moderation: Spies

16:00 Ausblick und Schlusswort: Weiser

– Änderungen vorbehalten –

Wir freuen uns, Sie zahlreich in Berlin begrüßen zu können!

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser Präsident VLK Prof. Dr. Hans-Peter Bruch Präsident BDC Prof. Dr. Dietrich Andresen Vorsitzender ALKK Dr. Wolfgang Wesiack Präsident BDI

W. Mich

Wir danken den nachfolgend aufgeführten Unternehmen für ihre freundliche Unterstützung







Das stand auf der Agenda Juni 2014

11 M 12 Do 13 Fr 14 Sa 15 Sonntag

03.06.2014 Berlin

- DKG Fachausschuss Medizin, <u>VLK-Teilnehmer:</u> Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
- Gespräch mit DKG-Hauptgeschäftsführer, <u>VLK-Teilnehmer:</u> Gerd Norden
- Gespräch mit D. Monstadt, MdB, <u>VLK-Teilnehmer:</u> Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

04.06.2014 Berlin

Sitzung des G-BA, <u>VLK-Teilnehmer:</u> Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

16.06.2014 Berlin

DKI Kuratoriumssitzung, <u>VLK-Teilnehmer:</u> Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

17.06.2014 Berlin

DKG Vorstandssitzung, <u>VLK-Teilnehmer:</u> Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

20.06.2014 Düsseldorf

Telefonkonferenz Geschäftsführender Vorstand,
VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber,
Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

25.06.2014 Berlin

10-jähriges Bestehen LetV-Verlag, <u>VLK-Teilnehmer:</u> Gerd Norden

30.06.2014 Düsseldorf

Gespräch mit Angestellten Leitenden Ärzten des Kuratoriums für Heimdialyse, <u>VLK-Teilnehmer:</u> Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden



flyer außenwerbung
plakate broschüren
geschäftsdrucksachen
folder prospekte
roll up displays anzeigen



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

Jetzt NEU mit SCHILDER-SHOP

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

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



Große Straße 79 · 27356 Rotenburg

Telefon: 04261 - 929075

E-Mail: info@rundschau-onlinedienst.de

www.rundschau-onlinedienst.de

Rufen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne!