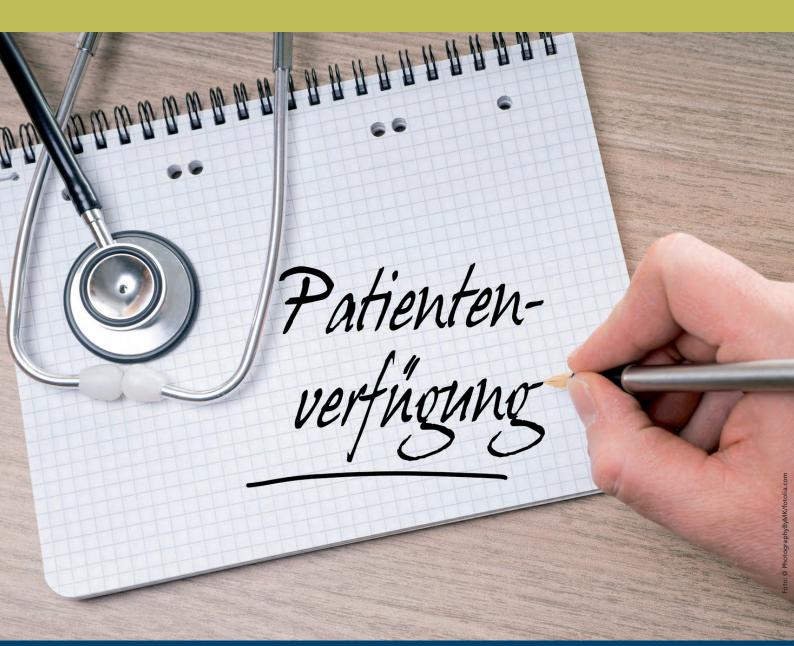
# ARZT UND VLK S VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V. KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V. VLK-On für Leitende

87. Jahrgang August 2014

VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte



## Patientenverfügung - wichtiger Bestandteil der individuellen Vorsorgeplanung

- Entlassungsmanagement im Krankenhaus
- Patientenorientierung und Nachhaltigkeit im Krankenhauseinkauf

## Patientenverfügung ja – aber mit Stützrädern

ölner haben damit kein Problem. Mit der Grundhaltung "Et hätt noch emmer jot jejange" oder notfalls "Et kütt wie et kütt" ist jeder Gedanke an eine Patientenverfügung natürlich überflüssig. Allen anderen Menschen sei jedoch dringend geraten, sich mit dem Ernstfall auseinander zu setzen und sowohl uns Ärzten als auch den Angehörigen rechtlich bindende und medizinisch gangbare Information darüber zu hinterlassen, wie im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit mit ihnen medizinisch umgegangen werden soll. Der VLK hat deswegen die Initiative des Gesetzgebers aus dem Jahr 2009 grundsätzlich begrüßt, die Niederlegung einer Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch erstmalig zu verankern.

er Teufel steckt allerdings wie immer im Detail. Dass der Satz "Ich will nicht an Schläuche angeschlossen werden!" für den behandelnden Arzt im Akutfall nicht eben hilfreich ist, hat sich inzwischen auch bei medizinischen Laien herumgesprochen. Trotzdem müssen wir davon ausgehen, dass Otto Normalverbraucher und Gattin noch immer herzlich wenig Vorstellung davon haben, was in lebensbedrohlichen Situation und im akuten Sterbefall eigentlich zu entscheiden ist und wie sinnvolle Vorsorge getroffen werden kann. Der VLK regt daher dringend an, bei der jetzigen Rechtssituation nicht



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

stehen zu bleiben, sondern flankierend intensive Aufklärungsarbeit darüber zu betreiben, wie eine sinnvolle, die Angehörigen und behandelnden Ärzte entlastende Ausgestaltung medizinischer Grenzsituationen aussehen sollte. Deswegen haben wir den sonnigen August mal dazu benutzt (und bewusst nicht den November), um Ihnen in einem Heft kompakt zusammenzustellen, was aus Sicht des VLK an Überlegung zum Thema Patientenverfügung zu sagen ist – und was wir in Berlin in dieser Frage politisch kommunizieren. Vor allem den Begriff der "Vorsorgeplanung" möchten wir dabei ins Zentrum unserer Überlegungen rücken, denn die rechtlich bindende und medizinisch sinnvolle Planung einer plötzlichen oder absehbaren lebensbedrohlichen Situation hört ja nicht mit der Patientenverfügung auf – sie beginnt im besten Fall damit

nd der beste Fall ist hier die Beratung durch einen neutralen, weitestgehend objektiven Notar, um sich nicht im umfangreichen Angebot mehr oder minder weltanschaulich geprägter Entwürfe zu verstricken. Zu einer vernünftigen Vorsorgeplanung gehört dann aber auch die Benennung eines zuverlässigen und vertrauenswürdigen Angehörigen oder (Lebens-)Partners, der den Ärzten als Ansprechpartner für unvorhersehbare Entscheidungen dienen kann. Denn gerade wir Ärzte wissen: Bis in letzte Konsequenz sind solche medizinischen Grenzsituationen nicht vorausschauend regelbar und sollten deswegen auch nicht durch eine einmalige Patientenverfügung auf Dauer festgeschrieben werden. Eine regelmäßige kritische Neu-Lektüre und Aktualisierung sind also ebenso Bausteine einer sinnvollen Vorsorgeplanung wie die Flankierung durch vertraute Angehörige und objektive Juristen.

rst mit diesen "Stützrädern" wird die Patientenverfügung zum sinnvollen Instrument für medizinisches Handeln und partizipative Entscheidungen.

Es grüßt Sie herzlich und wünscht auch Ihnen die angemessene Besonnenheit

The fant - Free Whise

Inhalt

### ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

#### **Editorial**

#### 260 Patientenverfügung ja – aber mit Stützrädern

#### **Titel**

263 Die Patientenverfügung – rechtliche Aspekte
Rechtsanwalt Alexander Denzer

icerisariware Arexander Denzer

### 266 Die Patientenverfügung – Gratwanderung zwischen Patientenautonomie und Patientenwohl?

Wissenswertes und Bestandsaufnahme aus ärztlicher Sicht Dr. Doris Dorsel

#### Berufs- und Gesundheitspolitik

### 270 Wie ist die Entlassung aus dem Krankenhaus organisiert?

Ergebnisse einer repräsentativen Krankenhausbefragung Dr. Karl Blum

#### 276 Ethisches Handeln im Beschaffungsmanagement: Patientenorientierung und Ressourcenschonung im Krankenhauseinkauf

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff

#### Recht

#### Rechtsrat zu

- Begrenzung des Urlaubs durch den Arbeitgeber Norbert H. Müller
- 284 Absicherung bei Untätigkeit der Geschäftsführung nach Mängelhinweisen Norbert H. Müller

#### Rubriken

#### 262 Personen und Hintergründe VLK-intern

- **286** Einladung zur Delegiertenversammlung des VLK am 26.09.2014
- **288** Programm des 3. VLK-Bundeskongresses
- 290 Bericht über die gemeinsame Mitgliederversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen im VLK
- 292 Wahlaufruf für die Ärztekammerwahl in Westfalen-Lippe
- 291 Impressum

#### Patientenverfügung – rechtliche Aspekte

Der Umgang mit Patientenverfügungen in der Praxis ist schwierig und stellt eine anspruchsvolle Aufgabe für den verantwortungsvoll handelnden Arzt dar. Der Autor erläutert rechtliche Aspekte unter anderem zur Form der Patientenverfügung, zu den Wirksamkeitsvoraussetzungen und zu der rechtlichen Bindungswirkung von Patientenverfügungen.

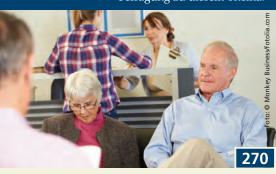
### Gratwanderung zwischen Patientenautonomie und Patientenwohl?

5 Jahre nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung zur Patientenverfügung nimmt die Autorin eine Bestandsaufnahme vor und fragt, ob die Erwartungen damit erfüllt wurden oder eine Überforderung des mündigen Patienten stattgefunden hat. Ihr Fazit: Jede Patientenverfügung ist mit der gebotenen Sorgfalt auf ihren Geltungsbereich und die Behandlungswünsche in den beschriebenen Lebens- und Behandlungssituationen zu prüfen. Automatismen sind unbedingt zu vermeiden und können Haftungsansprüche nach sich ziehen.



#### Wie ist die Entlassung aus dem Krankenhaus organisiert?

Krankenhausbehandlung umfasst auch das Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Der Autor erläutert die wesentlichen Ergebnisse einer repräsentativen Krankenhausbefragung zu diesem Thema.



### Beschaffungsmanagement und ethisches Handeln:

Das Beschaffungsmanagement der Krankenhäuser hat direkten Einfluss auf Art und Ausmaß der Rationierung im Patientenversorgungsprozess. Die Orientierung an medizinischethischen Prinzipien ist bei Beschaffungsentscheidungen deshalb ebenso wichtig wie die Beachtung ökonomischer Kriterien.



## Dr. Bernhard Rochell wechselt zum 01. September zur KBV

Dr. Bernhard Rochell, seit Januar 2012 Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, übernimmt ab 01. September 2014 die Funktion des Verwaltungsdirektors der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dr. Bernhard Rochell war bereits von 2004 - 2011 als Dezernent für Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung für die KBV tätig. In seiner neuen Funktion soll er die Vorstände der KBV vor allem im Bereich Verwaltung entlasten und bei der Umsetzung von Schwerpunktaufgaben die KBV fachlich unterstützen.



#### Endbericht des Forschungsauftrages zur Mengenentwicklung vorgelegt

Am 10. Juli 2014 haben die Gesundheitsökonomen Prof. Schreyögg (Universität Hamburg) und Prof. Busse (TU Berlin) den Endbericht des Forschungsauftrages zur Mengenentwicklung im stationären Bereich vorgelegt. Dieser Forschungsauftrag war gemäß § 17 b KHG gemeinsam von den Partnern der Selbstverwaltung – Deutsche

Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband – in Auftrag gegeben worden. Ziel des Forschungsauftrages war es, die Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten und deren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die finan-

ziellen Auswirkungen zu bewerten.

In der September-Ausgabe der Verbandszeitschrift "Arzt und Krankenhaus" werden die wesentlichen Ergebnisse dieses Forschungsauftrages ausführlich dargelegt und die Positionierungen der wesentlichen Selbstverwaltungspartner hierzu dargelegt.

#### Prof. Dr. med. habil. Günter Schmoz wird Ehrenmitglied des VLK

Die Konferenz der Landesvorsitzenden des VLK hat in ihrer Sitzung am 05.05. einstimmig dem Vorschlag des Geschäftsführenden Vorstandes zugestimmt, Herrn Prof. Dr. med. habil. Günter Schmoz die Ehrenmitgliedschaft des VLK zu verleihen. Prof. Schmoz ist seit dem 08.07.1990 bis heute Vorsitzender der Landesverbandes Sachsen im VLK und in dieser Funktion Mitglied im Gesamtvorstand des Ver-

bandes. Seit November 1994 gehört Prof. Schmoz zunächst in der Funktion des VLK-Vizepräsidenten und seit November 1998 als Vertreter der Landesvorsitzenden dem Geschäftsführenden Vorstand des Verbandes an

Im Rahmen der diesjährigen Delegiertenversammlung des VLK wird Herrn Prof. Schmoz die VLK-Ehrenmitgliedschaft offiziell verliehen.



#### **VLK-Diskussions-Forum freigeschaltet**

Ab dem 01. August 2014 ist das VLK-Diskussions-Forum freigeschaltet. VLK-Mitglieder können hier zu vorgegebenen aktuellen oder grundsätzlichen Fragestellungen ihre Meinung online kundtun oder eigene Fragestellungen an ihre Kolleginnen und Kollegen richten.

Hierzu müssen VLK-Mitglieder

auf der VLK-Internetseite in der Navigationszeile die Rubrik "Forum" anklicken. Dann können sie nach Eingabe Ihres Benutzernamens und Ihres Passwortes, die zum digitalen Besuch des geschlossenen Mitgliederbereichs legitimieren, aktiv mitdiskutieren. Registrieren können sich die Mitglieder unterhalb des Login-Blockes über den Link "Registrieren".

"Externe" können zwar die Diskussion mitverfolgen, sich aber (noch) nicht aktiv beteiligen.

Der VLK hofft, seinen Mitgliedern damit eine zeitgemäße Plattform für die interaktive Kommunikation mit dem Verband oder mit Kolleginnen und Kollegen zu bieten und bittet um intensive Nutzung dieser Möglichkeit.

**RA Alexander Denzer** 

### Die Patientenverfügung



Die von der Rechtsprechung bereits seit langem grundsätzlich anerkannte und seit 2009 in den §§ 1901a ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) kodifizierte Möglichkeit, seinen Willen hinsichtlich der Durchführung oder des Abbruchs einer medizinischen Behandlung auch für den Fall der gesundheitsbedingt nicht mehr gegebenen Äußerungsfähigkeit so festzulegen, dass er für Dritte, insbesondere behandelnde Ärzte, Angehörige, Betreuer und Bevollmächtigte verbindlich ist, ist Ausdruck des verfassungsrechtlich geschütz-Selbstbestimmungsrechts. Nach der Legaldefinition des § 1901a Abs. 1 BGB ist eine Patientenverfügung die schriftliche oder notariell beurkundete Festlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen darüber, ob er für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder diese untersagt.

## Form der Patientenverfügung

Die Patientenverfügung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Mündliche Patientenverfügungen sind formnichtig, können also den Arzt als solche nicht binden. Gleichwohl können mündliche "Patientenverfügungen" im Rahmen der Ermittlung des Willens des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten durch dessen Vertreter, also einen bestellten Betreuer oder einen Vorsorgebevollmächtigten, Bedeutung erlangen bzw. sind in diesem Rahmen zu berücksichtigen.

Das Schriftformerfordernis dient dem Übereilungsschutz und hat Klarstellungsfunktion. Er ist erfüllt, wenn die Verfügung schriftlich – nicht handschriftlich! – verfasst und durch Namensunterschrift eigenhändig oder durch ein notariell beglaubigtes Handzeichen unterzeichnet ist. Von der Etablierung weiterer Formvorschriften hat der Gesetzgeber bewusst abgesehen, um einen "niederschwelligen Zugang" zur Errichtung einer Patientenverfügung zu schaffen. Insbesondere eine vorangehende ärztliche, seelsorgerische, anwaltliche oder sonstige Beratung ist nicht Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung.

#### Einwilligungsfähigkeit

Ebenso wie bei der Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme ist für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung nicht Geschäftsfähigkeit im Sinne des BGB, sondern vielmehr "nur" Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen erforderlich. Diese liegt dann vor, wenn der (potentielle) Patient Art, Bedeutung, Tragweite und auch die Risiken der von ihm getätigten Festlegungen zu erfassen und seinen Willen hiernach zu bestimmen vermag. Diese Fähigkeit wird auch als natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit bezeichnet.

Auch wenn dies im Hinblick auf die Patientenautonomie

und den Gleichbehandlungsgrundsatz verfassungsrechtlich problematisch erscheint, nach der klaren gesetzlichen Regelung die Erricheiner tung Patientenverfügung durch Minderjährige nicht möglich. Auch können Eltern für ihre minderjährigen Kinder keine rechtswirk-Patientenverfügung errichten, da es sich nach herrschender Meinung um eine höchstpersönliche Verfügung handelt, die eine Stellvertretung nicht zulässt.

Häufig wird es für den behandelnden Arzt nur schwer oder gar nicht möglich sein, die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Errichtung der Patientenverfügung zu überprüfen. Deswegen darf der Arzt mangels klarer gegenteiliger Anhaltspunkte grundsätzlich davon ausgehen, dass der Betroffene einwilligungsfähig war, als er die Verfügung errichtet hat. Am unproblematischsten sind insoweit notariell beurkundete Patientenverfügungen, da der Notar die Einwilligungsfähigkeit im Rahmen des Beurkundungsverfahrens zu prüfen hat.

Des Weiteren ist auch die Angabe von Zeit und Ort der Erstellung der Patientenverfügung keine Wirksamkeitsvoraussetzung, ebenso nicht der Umstand, dass seit der Errichtung ein längerer Zeitraum vergangen ist. Eine Patientenverfügung ist keine zeitlich befristete Erklärung

grundsätzlich unabhängig von ihrem Alter zu beachten.

#### Rechtliche Bindungswirkung

Wirksame Patientenverfügungen binden den behandelnden Arzt ebenso wie einen Patientenvertreter, also einen gesetzlich bestellten Betreuer oder einen Vorsorgebevollmächtigten, den der Patient mit der Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit betraut hat

Nicht ganz eindeutig ist bzw. war, ob der Arzt allein aufgrund einer ihm vorliegenden wirksamen Patientenverfügung agieren darf, oder ob es stets der Mitwirkung eines Patientenvertreters (Betreuers oder Bevollmächtigten) bedarf. Nach überwiegender Auffassung, welche z.B. auch von der Bundesärztekammer, der zentralen Ethikkommission und dem Bundesministerium der Justiz ge-



teilt wird, kann der Arzt allein und unmittelbar die in der Patientenverfügung getroffenen Festlegungen umsetzen, wenn sich der Patientenwille für ihn aus der Patientenverfügung unmittelbar, eindeutig und zweiergibt. Für diese felsfrei Auffassung spricht auch die durch das sogenannte Patientenrechtegesetz 2013 eingeführte Vorschrift des § 630d Abs. 1 Satz 2 BGB. Hiernach ist bei Einwilligungsunfähigkeit des Patienten "die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt". Gleichwohl ist jedem Arzt zu empfehlen, bei verbleibenden Zweifeln an dem in der ihm vorliegenden Patientenverfügung niedergelegten Patientenwillen die Bestellung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht zu beantragen, soweit dies in zeitlicher Hinsicht im Hinblick auf die beabsichtigte Maßnahme möglich ist.

### Patientenwille, nicht Vertreterwille

Ist ein Vorsorgebevollmächtigter oder ein Betreuer vorhanden, ist es primär dessen Aufgabe und nicht die des behandelnden Arztes - dem "erklärten Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen". Hierbei steht ihm der Arzt mit seinem medizinischen Fachwissen und seiner Erfahrung zur Seite. Der Patientenvertreter hat zu ermitteln, ob der in der Patientenverfügung festgelegte Wille des Patienten auch auf dessen aktuelle Lebens- und Behandlungssi-(sogenannte tuation zutrifft Aktualisierungsentscheidung). Im Rahmen des sogenannten Konsultationsverfahrens hat der Arzt dem Patientenvertreter die medizinisch indizierten Maßnahmen zu erläutern und unter Berücksichtigung des Patientenwillens mit ihm zu erörtern. Des Weiteren sieht das Gesetz vor, dass der Patientenvertreter nach der Konsultation des Arztes auch nahe Angehörige zur Feststellung des wirklichen Patientenwillens anhören soll, falls hierdurch keine Verzögerungen entstehen und es dem ausdrücklichen Willen des Patienten nicht widerspricht. Festzuhalten bleibt allerdings, dass Angehörige kraft ihrer Angehörigenstellung kein Mitsprache- oder gar Mitentscheidungsrecht besitzen; ein solches kommt ihnen nur dann zu, wenn sie als Betreuer bestellt oder aber vom Patienten bevollmächtigt worden sind.

#### Schwerwiegende Entscheidungen

Bei schwerwiegenden Entscheidungen, welche die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung des Patienten in sich bergen, bedarf die Einwilligung des Patientenvertreters zudem der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Diese Genehmigung ist allerdings dann entbehrlich, wenn zwischen Arzt und Patientenvertreter Einvernehmen darüber besteht, dass die jeweilige Maßnahme dem ermittelten Willen des Patienten entspricht, § 1904 BGB. Einwilligung eines Bevollmächtigten in die Vornahme oder Unterlassung derart schwerwiegender Maßnahmen ist allerdings nur dann ausreichend, wenn die Vollmacht mindestens schriftlich erteilt ist und die im Gesetz genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst bzw. den Bevollmächtigten eindeutig zur Umsetzung einer entsprechend konkreten Patientenverfügung ermächtigt. Eine abstrakt formulierte Generalvollmacht zur Stellvertretung

Gesundheitsangelegenheiten genügt insoweit kaum. Vielmehr muss sich aus dem Wortlaut unmittelbar und ohne weitere Auslegungserfordernisse ergeben, dass sich die Vollmacht auch auf die Wahrnehmung von Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, insbesondere Einwilligung in bzw. die Untersagung ärztlicher Maßnahmen erstreckt. Bestehen aus der Sicht des Arztes Zweifel daran, dass der Patient eine derart weitgehende Vollmacht erteilen wollte, sollte das Betreuungsgericht angerufen werden.

#### **Fazit**

Seit der Kodifizierung des Rechts der Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch im Jahr 2009 sind viele, aber nicht alle sich in diesem Zusammenhang im ärztlichen Alltag stellen-Fragen beantwortet. Gleichwohl bleibt der Umgang mit Patientenverfügungen in der Praxis schwierig und stellt eine anspruchsvolle Aufgabe für den verantwortungsvoll handelnden Arzt dar. Dieser hat seine Bemühungen nicht allein auf die Gesundheit des Patienten auszurichten, sondern daneben ebenso wie bei dem einwilligungsfähigen Patienten – auch auf die Achtung des Selbstbestimmungsrechtes. Dass hierbei im Einzelfall immer wieder Konfliktsituationen zwischen den verschiedenen Beteiligten auftreten, liegt in der Natur der Sache und dürfte letztlich auch durch eine noch so gute Gesetzgebung und Rechtsprechung nie vollständig zu vermeiden sein.

Autor:

Rechtsanwalt Alexander Denzer Fachanwalt für Medizinrecht c/o Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt, Monstadt, Dr. Eisbrecher Kortumstr. 100, 44787 Bochum denzer@klostermann-rae.de **Dr. Doris Dorsel** 

## Die Patientenverfügung – Gratwanderung zwischen Patientenautonomie und Patientenwohl?

Wissenswertes und Bestandsaufnahme aus ärztlicher Sicht

Nach langjähriger Debatte wurde 2009 die Patientenverfügung gesetzlich geregelt und mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (§§ 1901a ff.) in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt. Mit dem sog. Patientenverfügungsgesetz sollte das Selbstbestimmungsrecht der Patienten gestärkt und Rechtssicherheit für alle Beteiligten gewerden. währleist Der vorausverfügte Wille wurde dem aktuell geäußerten gleichgestellt und auf eine Begrenzung der Reichweite verzichtet. Dies bedeutet, dass eine wirksam erstellte Patientenverfügung unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung zu beachten ist. Bisherige Patientenverfügungen, die den Anforderungen des Gesetzes genügen, blieben wirksam.

Fünf Jahre später ist es Zeit für eine Bestandsaufnahme: Konnten die Erwartungen erfüllt werden oder sehen wir (auch) eine Überforderung des mündigen Patienten? Welchen Anforderungen muss eine verlässliche Patientenverfügung nicht nur aus rechtlicher, sondern auch aus ärztlicher Sicht genügen? Lässt sich den zunehmend verbreiteten Formularen die notwendige persönliche Auseinandersetzung entnehmen und der tatsächliche Patienten-

wille feststellen?

#### Patientenverfügung – Gratwanderung zwischen Autonomie und Fürsorge?

Nicht wenige Ärzte und ihre Vertreter standen der gesetzlichen Regelung ablehnend gegenüber, so verwies die Bundesärztekammer auf die Ungewissheit eines erst in der Zukunft Behandlungswirksamen willens, die gesetzlich nicht erfasst werden könne. Kritiker lehnten die fehlende Reichweitenbegrenzung ab, die eine Patientenverfügung auch unabhängig von Sterbesituationen verbindlich sein lässt. Auch eine zu hohe Regelungsdichte wurde be-



Dr. Doris Dorsel

fürchtet, die das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten würde. Aber: Das Gesetz ist in Kraft und im Sinne des Patientenwillens und der Rechtssicherheit aller Beteiligten in der medizinischen Praxis zu beachten.

#### Inhalte des Gesetzes in Kürze:

- Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (BGB)
- Volljährigkeit und Einwilligungsfähigkeit des Verfassers
- Schriftform
- Freiwilligkeit der Verfügung (sog. Koppelungsverbot)
- keine Beratungs- und Aktualisierungsverpflichtung
- Stärkung der Aufgaben von Bevollmächtigten bzw. Betreuern
- Feststellung des Patientenwillens im "dialogischen Prozess"
- Ermittlung des mutmaßlichen Willens bei fehlender / nicht zutreffender Patientenverfügung
- Verbindlichkeit der wirksamen Patientenverfügung
- Unabhängigkeit von Art und Stadium einer Erkrankung (keine Beschränkung der Reichweite)
- Widerruf jederzeit und formlos möglich
- Anrufung des Betreuungsgerichts bei Dissens bzgl. Patientenwillen

#### Anwendungsbereich

Grundsätzlich kommt eine Patientenverfügung nur dann zur Anwendung, wenn in einer medizinischen Entscheidungssituation der Patient seinen Behandlungswillen nicht bilden und äußern kann. Der vorausverfügte Wille ist verbindlich, wenn die eingetretene Lebens- und Behandlungssituation konkret bewurde und keine Anzeichen für eine aktuelle Willensänderung vorliegen.

#### Gesundheitliche Vorsorgeplanung: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Die Patientenverfügung ist wesentlicher Bestandteil einer gesundheitlichen Vorsorgeplanung, in deren Zentrum die Vorsorgevollmacht steht. In dieser kann der Patient die Person(en) seines Vertrauens mit der Vertretung seines Behandlungswillens bevollmächtigen. Der Bevollmächtigte hat dem Patientenwillen "Ausdruck und Geltung zu verschaffen", soweit dieser von der medizinischen Indikation gedeckt wird.

Bei Vorliegen einer wirksamen Patientenverfügung können Arzt und Bevollmächtigter zur Ermittlung des Behandlungswillens auf diese zurückgreifen. Die Betreuungsverfügung ist keine direkte Vollmacht, sondern informiert das Betreuungsgericht über den bei Erfüllung der Voraussetzungen gewünschten Betreuer.

## Patientenverfügung ohne Vorsorgevollmacht?

Das Gesetz beauftragt Arzt und Bevollmächtigten mit der Ermittlung des Behandlungswillens im "dialogischen Prozess". So ist das Betreuungsgericht nicht zu beteiligen, soweit zwischen Arzt und Bevollmächtigtem oder Betreuer Einvernehmen über den Patientenwillen besteht. Auf die Situation einer Patientenverfügung, die nicht mit einer Vorsorgevollmacht kombiniert ist, geht der Gesetzgeber nicht ein.

Nach herrschender Meinung ist eine wirksam erstellte Patientenverfügung, aus der sich der Behandlungswille zweifelsfrei ergibt, auch ohne Vermittlung eines Bevollmächtigten verbindlich. Diese Annahme folgt der Patientenautonomie, nach der eine Patientenverfügung freiwillig sein muss und diese zwar sinnvoll, aber ebenso freiwillig mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden kann. Auch die explizite Gleichstellung von vorausverfügtem und aktuell bekundetem Willen lässt nicht den Schluss zu, dass bei aktueller Willensbekundung ein Bevollmächtigter verzichtbar, beim vorausverfügten Willen jedoch erforderlich sei.

Erklärungen einer Patientenverfügung sind verbindlich, soweit diese bei vorliegender Einwilligungsunfähigkeit die eingetretene Lebens- und Behandlungssituation erfassen und keine Anhaltspunkte für eine Änderung des Patientenwillens erkennbar sind. Eine Behandlung gegen den erklärten Patientenwillen – ob aktubekundet oder wirksam vorausverfügt – kann den Straftatbestand der Körperverletzung auch dann erfüllen, wenn die Therapie fachgerecht indiziert und durchgeführt wurde.

Das Gesetz fordert die gebotene Sorgfalt bei der Interpretation jeder Patientenverfügung, ob diese wirksam und der Behandlungswille verbindlich umzusetzen ist. Dies muss umso mehr gelten, wenn keine Vorsorgevollmacht erteilt wurde. Ist der Behandlungswille nicht zweifelsfrei zu ermitteln, ist das Betreuungsgericht anzurufen.

Nach § 1901a BGB kann ein einwilligungsfähiger Volljähriger seinen Behandlungswillen für den Fall künftiger Einwilligungsunfähigkeit vorsorglich in einer Patientenverfügung schriftlich festlegen. Die Prüfung des Geltungsbereichs, ob also die konkrete Lebens- und Behandlungssituation dem antizipierten Zustand entspricht, ist wie die Durchsetzung des Behandlungswillens zunächst Aufgabe des Bevollmächtigten. Nicht schriftlich vorausverfügte Willensbekundungen sind wie Verfügungen von Minderjährigen zwar beachtlich, erfüllen jedoch nicht die gesetzlichen Anforderungen an eine Patientenverfügung.

Der Gesetzgeber hat sich gegen eine Begrenzung der Reichweite ausgesprochen, weshalb eine wirksame Patientenverfügung unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung Verbindlichkeit beanspruchen kann. Zur Begründung: Der einwilligungsfähige Patient könne eine Behandlung auch dann rechtswirksam ablehnen, wenn dies dem ärztlichem Ermessen widerspricht, also dürfe ein solches Abwehrrecht nicht dem Patienten verwehrt werden, der seinen Willen vorausverfügen

Auch bisher war jedes ärztliche Handeln an die Einwilligung des Patienten gebunden, wie bereits 1979 in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung formuliert (BAK, zuletzt 2011). In dieser Tradition steht das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts 2009, das mit Stärkung des Patientenwillens und Zurückdrängung des Betreuungsgerichts der Patientenautonomie nun auch gesetzlich Nachdruck verleiht. Auch die Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (BÄK und ZEKO, 2013) verweisen auf den Vorrang des Patientenwillens gegenüber dem Patientenwohl.

Der Behandlungswille ist zu beachten, soweit die Maßnahme medizinisch indiziert und rechtlich zulässig ist. Darüber hinausgehende Patientenverfügungen (nicht indizierte Therapie, aktive Sterbehilfe o. ä.) sind in diesen Punkten unwirksam, bleiben aber ansonsten verbindlich.

Auch wenn die Patientenverfügung schriftlich erstellt sein muss, ist ihr Widerruf jederzeit und formlos möglich, sei es durch Worte oder Gesten. Diese Minimalanforderungen sind Behandlungssituationen geschuldet, in denen der Patient zwar die notwendige Einsichtsfähigkeit zeigt, aber zu weitergehenden Äußerungen nicht (mehr) in der Lage ist.

Die Erstellung einer Patientenverfügung ist freiwillig und darf daher nicht Vertragsbedingung sein (Aufnahme in Krankenhaus, Pflegeheim u. a.) oder mit Anreizen verbunden werden (Koppelungsverbot). Dennoch ist die Nachfrage nicht nur erlaubt, sondern durchaus sinnvoll. Auf diese Weise kann die Verfügung zu den Akten und insbesondere zur Kenntnis genommen und der Behandlungswille beachtet werden.

Die Betonung der medizinischen Indikation sowie die dialogische Meinungsbildung zum Patientenwillen gemäß § 1901b waren wesentliche Kriterien der parlamentarischen Mehrheitsbildung zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung. Die Feststellung der medizinischen Indi-Kernpunkt kation ist ein ärztlicher Tätigkeit und Verantwortung. Liegt eine Indikation nicht (mehr) vor, ist die Unterlassung oder Beendigung der Maßnahme medizinisch, ethisch und rechtlich geboten und unabhängig vom Patientenwillen. In seiner Grundsatzentscheidung vom 25.06.2010 hat der BGH den Begriff des rechtfertigenden Behandlungsabbruchs für die Unterlassung einer (weiteren) Therapie bei ablehnendem Patientenwillen geprägt und hierbei ethisch und rechtlich ein aktives Handeln dem passivem Unterlassen gleichgestellt.

Primär ist nicht die Beendigung einer Therapie rechtfertigungsbedürftig, sondern ihre Durchführung. Jede Maßnahme muss indiziert und vom Patientenwillen getragen sein, weshalb nicht nur ihr Beginn, sondern ebenso ihre Fortführung immer wieder der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation anzupassen ist.

Der Behandlungswille ist nach Maßgabe einer Patientenverfügung von Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem im Konsens festzustellen. Einer Betreuung bedarf es nur, soweit die Patientenverfügung die aktuelle Lebensund Behandlungssituation nicht zweifelsfrei regelt und der Patient keine diesbezügliche Vollmacht erteilt hat. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor und ist der Bevollmächtigte geeignet und willens die Vollmacht auszuüben, ist eine Betreuung für den Bereich, der in der Vollmacht ausdrücklich benannt ist, weder notwendig noch rechtens (§ 1896 Abs. 2 BGB).

Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit ist zunächst ärztliche Aufgabe. Kann der Patient Inhalt und Tragweite der medizinischen Fragestellung nicht erfassen, ist ungeachtet einer ggf. auch ohne Vorsorgevollmacht verbindlichen Patientenverfügung eine Bevollmächtigung umgehend zu prüfen. Zu seiner eigenen Rechtssicherheit sollte der Arzt die Zeit, in der ihm kein Bevollmächtigter zur Verfügung steht, möglichst

kurz halten. Im Zweifelsfall ist das Betreuungsgericht anzurufen, dessen Zuständigkeit mit dem Patientenverfügungsgesetz auf den nicht im Konsens zu ermittelnden Patientenwillen beschränkt wurde.

### Ermittlung des Patientenwillens

Nach dem Prinzip der Patientenautonomie steht dem Patienten die Beachtung seines Willens unvermindert zu, auch wenn er seinen Willen aktuell nicht bilden und zum Ausdruck bringen kann. Zur Willensermittlung eignet sich das Vorgehen nach einem Algorithmus, der zunächst die Prüfung auf das Vorliegen einer Patientenverfügung vorsieht. Nachfolgend sollen Arzt und Bevollmächtigter nahe Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen in die Feststellung des Patientenwillens einbeziehen, soweit dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1901b Abs. 2).

Das weitere Vorgehen sieht für den Fall, dass keine Patientenverfügung vorliegt oder eine solche die Behandlungssituation nicht konkret erfasst, die Ermittlung des mutmaßlichen Willens vor. Hierbei haben Bevollmächtigte und Betreuer eigene Anschauungen zurückzustellen sowie frühere Äußerungen und Werthaltungen des Patienten zu beachten. Nur wenn keine Patientenverfügung vorliegt und auch ein mutmaßlicher Wille nicht ermittelt werden kann, muss sich die Behandlung an allgemeingültigen Wertvorstellungen orientieren. Hierbei darf die Entscheidung eines Bevollmächtigten im Sinne des objektiven Patientenwohls nicht gegen ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahmen getroffen werden – in dubio pro vita.

Im Notfall hat der Arzt zu-

nächst von der Einwilligung in eine medizinisch indizierte Behandlung auszugehen. Bei Kenntnis einer Patientenverfügung, in der zweifelsfrei auch für die konkrete Notsituation auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet werden soll und keine Anzeichen für eine mögliche Willensänderung sprechen, wäre die Entscheidurch einen Bevollmächtigten oder Betreuer obsolet: Der Patient hat seine Entscheidung vorab selbst getroffen und in einer seit 2009 ohne Reichweitenbegrenzung wirksamen Paverbindlich tientenverfügung bekundet.

Während das Betreuungsgericht bisher anzurufen war, wenn Behandlungsentscheidungen mit schwerwiegenden oder nachhaltigen Risiken zu treffen waren, ist dessen Zuständigkeit gemäß § 1904 auf den nicht im Konsens festzustellenden Patientenwillen beschränkt worden. Hierbei hat das Betreuungsgericht (vormals Vormundschaftsgericht) über die in ärztlicher Hand liegende Indikation, sondern allein über den Patientenwillen zu befinden. Da eine zügige Entscheidungsfindung vielfach nicht zu erreichen ist, hat sich in der Praxis zunächst die Einberufung einer interdisziplinär besetzten Ethik-Fallkonferenz bewährt, in der ein Konsens gesucht und die Anrufung des Betreuungsgerichts ggf. vermieden werden kann.

#### Patientenverfügungsgesetz – Fluch oder Segen?

Soweit die Patientenverfügung nicht mehr als Indiz des Patientenwillens gelten, sondern Verbindlichkeit beanspruchen soll, ist eine gesetzliche Regelung im Interesse der Rechts-

sicherheit aller Beteiligten zunächst zu begrüßen. Angesichts der Chancen und Risiken der modernen Medizin sowie der Vielfalt individueller Lebensentwürfe wird es immer wichtiger, auf den Behandlungswillen des Betroffenen zurückgreifen zu können.

Auch wenn die Patientenautonomie als Maß aller Dinge womöglich überstrapaziert wird und das Vertrauen in die ärztliche Fürsorge nicht ersetzen kann, entspricht das Gesetz doch dem modernen Bild des mündigen Patienten, der auf Augenhöhe mit seinem Arzt kommunizieren soll. In diesem Sinne bietet die möglichst unter ärztlicher Begleitung erstellte Patientenverfügung eine Chance für beide Seiten: Dem Arzt gibt sie eine wesentliche Entscheidungsgrundlage Hand, der Patient wird zur Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen angeregt und gewinnt Sicherheit, dass sein Wille auch in der Situation der Einwilligungsunfähigkeit respektiert wird.

#### Ärztliche Beratungsleistung

Angesichts des komplexen Behandlungsgeschehens, das in einer Patientenverfügung geregelt werden soll, erscheint die ärztliche Beratung zwingend. Der Verzicht auf eine verpflichtende ärztliche Beratung ist zunächst im Selbstbestimmungsrecht begründet, birgt jedoch die Gefahr einer nicht dem tatsächlichen Willen gemäßen Verfügung. Die Beratung muss ärztlichen Qualitätsstandards genügen und sollte

angemessen honoriert werden.

#### **Fazit**

Die kritischen Stimmen zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung sind nicht verstummt und mahnen eine Überforderung der Patientenautonomie wie auch eine um sich greifende Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses an. Bisher ist zu festzustellen, dass die Patientenverfügung als alleinige Vorausverfügung die in sie gesetzten Erwartungen kaum erfüllen konnte und die gesundheitliche Selbstbestimmung einer umfassenden und regelmäßig zu aktualisierenden gesundheitlichen Vorsorgeplanung bedarf.

Die Patientenverfügung sollte mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden, die auch für sich stehen kann und dem Arzt einen bevollmächtigten Ansprechpartner zur Seite stellt. Vervollständigt wird die gesundheitliche Vorsorgeplanung durch eine Betreuungsverfügung.

Jede Patientenverfügung ist mit der gebotenen Sorgfalt auf ihren Geltungsbereich und die Behandlungswünsche in den beschriebenen Lebens- und Behandlungssituationen zu prüfen. Automatismen sind unbedingt zu vermeiden und können Haftungsansprüche nach sich ziehen.

Autorin:

Dr. med. Doris Dorsel, M.A., LL.M. Ärztekammer Westfalen-Lippe dd.dorsel@gmail.com

#### Literatur:

- 1) Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts: http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/3\_Gesetz\_zur\_Aenderung\_des\_Betreuungsrechts.pdf?\_\_blob=publicationFile
- 2) Empfehlungen der BÄK und der ZEK bei der BÄK zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlungen\_BAeK-ZEKO\_ Vorsorgevollmacht\_Patientenverfuegung\_19082013l.pdf
- 3) Grundsätze der BÄK zur Ärztlichen Sterbebegleitung: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ Sterbebegleitung\_17022011.pdf
- 4) BGH-Urteil vom 25.06.2010: http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=52416&linked=pm

Dr. Karl Blum

## Wie ist die Entlassung aus dem Krankenhaus organisiert?

#### Ergebnisse einer repräsentativen Krankenhausbefragung

Zur Krankenhausbehandlung gehört ausdrücklich das Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in andere Versorgungsbereiche. Eine Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) hat eine Bestandaufnahme zum Stand des Entlassmanagements in den deutschen Krankenhäusern vorgenommen.

#### Hintergrund

Die Einführung des DRG-Systems und neuer Versorgungsformen im Krankenhaus sowie die Veränderungen im Patientenklientel aufgrund demografischer Entwicklungen bedeuten einen größeren Bedarf an gezielter Nachsorge und Beratung für viele Patienten. Damit steigt auch die Bedeutung des Schnittstellenmanagements zwischen Krankenhaus und nachversorgenden Leistungsbereichen. In Anerkennung dieser Tatsache hat der Gesetzgeber erstmalig im Jahr 2007 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) eine dezidierte Regelung zur Durchführung eines Versorgungsmanagements das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) aufgenommen:

Demnach haben gemäß § 11 Abs. 4 SGB V Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Zur Erfüllung dieser Aufsind gabe sie von



Krankenkassen zu unterstützen. Laut amtlicher Begründung zum GKV-WSG ist insbesondere im Zusammenhang mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus ein Versorgungsmanagement einzurichten, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang von Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen soll.

Darüber hinaus wurde im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) von 2012 in § 39 Abs. 1 SGB V ausdrücklich geregelt, dass die Krankenhausbehandlung das Entlassmanagement zur Lösung

von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung umfasst. Ziel des Entlassmanagements ist es laut Amtlicher Begründung zum GKV-VStG, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung "Drehtüreffektes" beizutragen. Der Anspruch wird als unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung in

§ 39 SGB V ausgestaltet, um die Verbindlichkeit zu erhöhen.

#### Methodik

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und mit Unterstützung der Landeskrankenhausgesellschaften eine Krankenhausbefragung zum Entlassungsmanagement in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Mit der Befragung sollte einerseits eine Bestandsaufnahme zur Organisation des Entlassungsmanagements dort erfolgen; andererseits sollten Stärken und Schnittstellenprobleme in der Überleitung zu den Nachversogern gezielt identifiziert werden, um darauf basierend ggf. Handlungsempfehlungen und Verbesserungsmaßnahmen ableiten zu können.

Bei der Befragung handelte es sich um eine Vollerhebung in allen deutschen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten. An der Erhebung, die in zwei Tranchen vom Mai bis August 2013 durchgeführt wurde, beteiligten sich bundesweit 673 Krankenhäuser (Rücklaufquote: 43%). Das zugrunde liegende Erhebungsinstrument wurde federführend von einer DKG-Arbeitsgruppe entwickelt, der Mitarbeiter der DKG und der Landeskrankenhausgesellschaften angehörten. Das DKI übernahm die Fragebogenbearbeitung und den Fragebogenversand sowie die Datenerfassung, Datenauswertung und Datenaufbereitung (DKI, 2014).

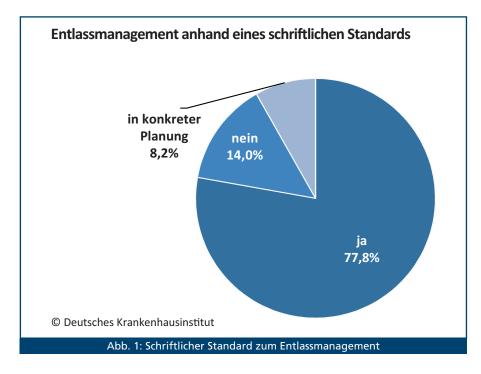
Themenschwerpunkte der Befragung waren u.a. die krankenhausinternen Standards und die Organisation des Entlassmanagements, die Kooperation und Schnittstellenprobleme mit den Nachversorgern sowie die Zufriedenheit mit der entsprechenden Zusammenarbeit. Bereits 2007 hat das DKI im Rahmen seines Krankenhaus Barometers (DKI, 2007) ausgewählte Aspekte des Entlassmanagements untersucht, sodass bei identischen Fragestellungen Zeitvergleiche zur aktuellen Erhebung möglich sind. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse dieser Erhebung vorgestellt und diskutiert.

#### Organisation des Entlassungsmanagements

Zur Förderung oder Optimierung des Entlassungsmanagements können u.a. schriftlich Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade speziell für diesen Zweck vorliegen. Drei von vier Krankenhäusern in Deutschland (76%) verfügen über entsprechende schriftliche Standards zum Entlassmanagement. Bei weiteren 8% der Einrichtungen sind sie in konkreter Planung. 14% der Allgemeinkrankenhäuser verfügten zum Erhebungszeitpunkt noch über keine schriftlichen Standards zum Entlassmanagement (Abb.

Im Vergleich zum Jahr 2007 hat die Verbreitung schriftlicher Standards damit merklich zugenommen. Seinerzeit gaben im Krankenhaus Barometer des DKI 54% der Krankenhäuser an, schriftliche Standards zum Entlassmanagement aufzuweisen (DKI, 2007).

Häuser mit entsprechenden Standards sollten in einer weitergehenden Frage angeben, welchen Standard sie nutzen. Demnach dominieren dort eindeutig der Nationale Expertenstandard "Entlassmanagement in der der Pflege" des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sowie krankenhausindividuelle Standards. In 63% (Nationaler Expertenstandard) bzw. 54% der Einrichtungen (hauseigene Standards) wird das Entlassmanagement anhand dieser Standards durchgeführt (Mehrfachnennungen möglich). Andere Standards, kommen dagegen vergleichsweise selten zum Einsatz (DKI, 2014).

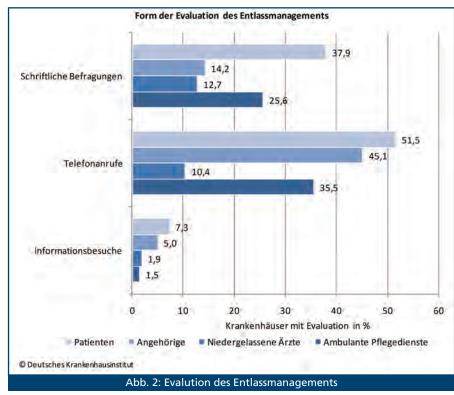


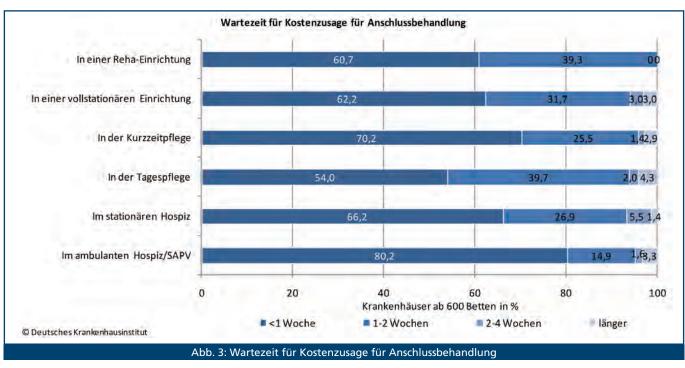
Der Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten zum poststationären Pflegebzw. Versorgungsbedarf ist dagegen weniger stark verbreitet. In dieser Hinsicht ist grundsätzlich zwischen dem initialen Assessment und dem differenzierten Assessment zu unterscheiden (DNQP, 2009, Blum/Offermanns, 2008). Das initiale Assessment, das während oder zeitnah nach der Aufnahme stattfindet, zielt auf die Identifikation jener Patienten, die eine erhöhtes Versorgungsrisiko aufweisen und daher der Unterstützung in Form eines geregelten Entlassmanagements bedürfen. Das differenzierte Assessement dient der Bestimmung des konkreten Versorgungsbedarfs nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

Aktuell setzen 54% der Krankenhäuser Assessmentinstrumente für das initiale Assessment und 43% entsprechende Instrumente für das differenzierte Assessment ein. Gut 20% der Einrichtungen führen sowohl das initiale als auch das differenzierte Assessment mit entsprechenden Instrumenten durch, knapp 60% der Einrichtungen setzen mindestens ein Assessmentinstrument ein. Bei den übrigen Häusern sind entsprechende Instrumente in Planung oder kommen noch nicht zum Einsatz.

68% der Krankenhäuser haben spezielle Organisationseinheiten

oder Stellen zum Entlassmanagement. 82% der Häuser verfügen über speziell qualifizierte Fachkräfte hierfür (z.B. Case-Manager, Fachkräfte für Pflegeüberleitung). Im Vergleich zu 2007 entspricht dies einer Steigerung von fast 30%-Punkten. Im Durchschnitt haben die Krankenhäuser fünf speziell für das Entlassmanagement qualifizierte





Fachkräfte. Überwiegend, d.h. zu jeweils 47%, stammen diese Fachkräfte aus dem Pflegedienst und dem Sozialdienst.

#### Evaluation des Entlassungsmanagements

Eine Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung des Patienten durch das Krankenhaus selbst findet in jedem zweiten Krankenhaus statt (49%), in 14% der Kliniken ist die Evaluation in Planung. Die Krankenhäuser, welche ihr Entlassmanagement evaluieren, leiten daraus in aller Regel (97% dieser Einrichtungen) gezielt Verbesserungsmaßnahmen ab (DKI, 2014).

Über die Form der Evaluation des Entlassmanagements informiert im Detail Abb. 2. Überwiegend erfolgt diese Evaluation in Form von Telefonanrufen bei Patienten oder ihren Angehörigen sowie in Form schriftlicher Patientenbefragungen, seltener hingegen durch direkte mündliche oder schriftliche Kontaktierung von Leistungserbringern

wie niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegedienste. Informationsbesuche bei Patienten oder Leistungserbringern bilden eher die Ausnahme.

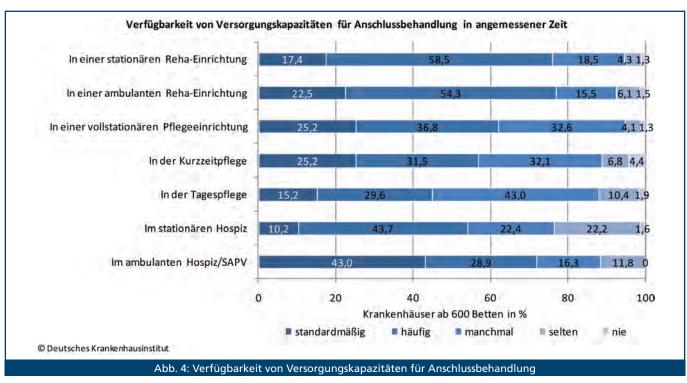
Im Vergleich zu 2007 sind mit Blick auf die Evaluation des Entlassungsmanagements durch die Krankenhäuser selbst deutliche Verbesserungen zu verzeichnen. Seinerzeit hatte erst ein Viertel der Einrichtungen sein Entlassungsmanagements regelmäßig evaluiert.

#### Anschlussbehandlung

Beim Übergang in andere Versorgungsbereiche müssen die Krankenhäuser mit den jeweiligen Nachversorgern die erforderlichen Informationen austauschen und, unterstützt durch die jeweilige Krankenkasse, eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sicherstellen. Dabei sind zwei vor allem Aspekte relevant: zeitnahe Kostenzusagen durch die Kostenträger und die Verfügbarkeit von Versorgungkapazitäten für die Anschlussversorgung.

Im Durchschnitt wartet mehr als die Hälfte der Krankenhäuser weniger als eine Woche auf eine Kostenzusage oder Pflegeinstufung für eine Weiter- oder Anschlussbehandlung. Dies gilt für alle explizit erfragten Nachversorger in der pflegerischen, Rehabilitationsund Palliativversorgung (Abb. 3). In der Regel liegen die Kostenzusagen spätestens binnen zwei Wochen vor. Je nach Nachversorger warten 3% (für die stationäre Rehabilitation) 12% bis Krankenhäuser (für ein stationäres Hospiz) aber auch mehr als zwei Wochen auf Kostenzusagen seitens der Kostenträger.

Nach Kostenzusage bzw. Pflegeinstufung stehen entsprechende Versorgungskapazitäten für eine Anschlussbehandlung zumeist in angemessener Zeit zur Verfügung (Abb. 4): Vor allem bei ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie stationären Pflegeeinrichtungen stehen 75-80% der Krankenhäuser demnach standardmäßig oder häufig entsprechende Versorgungskapazitäten



in angemessener Zeit zur Verfügung. Etwas schwieriger gestaltet sich dagegen die Anschlussversorgung in der Kurzzeitpflege und der ambulanten Pflege sowie insbesondere in der stationären und ambulanten Palliativversorgung.

Weitergehende Fragestellungen der Erhebung befassten sich mit konkreten Schnittstellenproblemen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung: Die größten Probleme bei der Medikamentenversorgung im unmittelbaren Anschluss an Krankenhausbehandlung bilden demnach die fehlenden Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhausarztes und die fehlende Finanzierung bei Mitgabe der Medikamente. Jeweils mehr als die Hälfte der Krankenhäuser berichteten, dass diese Probleme bei ihnen standardmäßig oder häufig auftreten (DKI, 2014).

Problemfelder in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten bildeten in etwa jedem zweiten Krankenhaus vor allem die zeitnahe Verfügbarkeit von Unterlagen der niedergelassenen Ärzte sowie der Kontakt mit den Vertragsärzten, z.B. Erreichbarkeit, Feedback etc. (DKI, 2014).

#### Gesamtzufriedenheit

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser zur Gesamtzufriedenheit mit der Patientenüberleitung in ihrem Haus äußern. Konkret sollten sie angeben, wie sie die Zusammenarbeit mit den übrigen Kooperationspartnerim im Rahmen des Entlassmanagements beurteilen. Demzufolge fallen die Bewertungen der Krankenhäuser überwiegend positiv aus (Abb. 5):

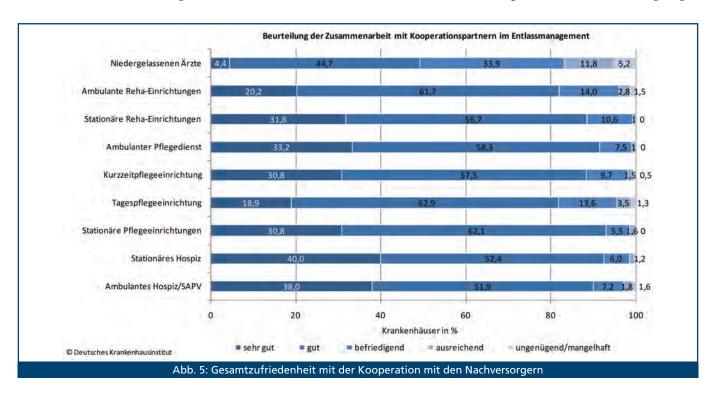
Jeweils ca. 80-90% der Krankenhäuser bewerteten die Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Pflege- und Reha-Einrichtungen sowie Hospizen im Rahmen des Entlassmanagements als gut oder sehr gut. Bei Patienten mit besonderem poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf findet hier ein standardisiertes Entlassmanagement mit den verschiedenen Nachversorgern regelmäßig statt (DKI, 2014).

Deutlich kritischer wird dagegen die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten beim Entlassmanagement gesehen. Rund 45% der Häuser stuften die Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten als gut ein und nur wenige Häuser als sehr gut (4%), vor allem wegen teilweise unzureichender Standardisierung des Entlassmanagements bei Patienten mit besonderem poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf (DKI, 2014).

Während sich die Kooperation mit den meisten Nachversorgern seit 2007 nach Auffassung der Krankenhäuser merklich verbessert hat, hat sich in der Bewertung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten seither wenig geändert (DKI, 2014, 2007).

#### Diskussion

Die Versicherten in Deutschland haben einen gesetzlichen Anspruch auf ein Versorgungs-



management beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Krankenhausbehandlung umfasst daher auch das Entlassmana-

gement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Vor diesem Hintergrund hat das DKI im Auftrag der DKG und mit Unterstützung der Landeskrankenhausgesellschaften mittels einer schriftlichen Repräsentativbefragung das Entlassmanage-

ment in deutschen Krankenhäusern untersucht.

Stärken im Entlassmanagement bilden demnach u.a. die große Verbreitung schriftlicher Standards sowie die flächendeckende Infrastruktur an Organisationseinheiten, Stellen und speziell qualifizierten Fachkräften für die Patientenüberleitung. Darüberhinaus weist die Patientenüberleitung mit den meisten Nachversogern, vor allem mit ambulanten und stationären Rehabilitations- und Pflegeeinrichhohen tungen, einen Standardisierungsgrad auf. Vergleiche zum Stand des Entlassmanagements im Jahr 2007 zeigen zudem deutliche Verbesserungen in der internen Organisation des Entlassmanagements und dem Standardisierungsgrad der Patientenüberleitung.

Verbesserungsbedarf im Entlassmanagement besteht insbesondere in der standardisierten Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten. Dies betrifft gleichermaßen die Patientenüberleitung aus dem ambulanten ärztlichen Bereich schon bei der Aufnahme sowie die Überleitung zum niedergelassenen Arzt nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Weitere Probleme bilden die Anschlussversorgung mit Medikamenten vor allem wegen fehlender Finanzierung bei Mitgabe und fehlenden Verordnungsmöglichkeiten Krankenhausarztes sowie die systematische Evaluation des Entlassmanagements bei Patienten und Nachversorgern.

Unabhängig davon bestehen

beiderseits noch Verbesserungsmöglichkeiten im Kommunikations- und Informationsfluss zwischen Krankenhäusern und Nachversorgern. Entlassmanagement ist insofern kein einseitiger Prozess. Es bedarf der Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten zur weiteren Verbesserung des Entlassmanagements.

Der Abschlussbericht der Befragung zum "Entlassmanagement im Krankenhaus" ist in Form einer pdf-Präsentation als kostenloser Download verfügbar unter www.dki.de

Anschrift des Verfassers: Dr. Karl Blum

Leiter Geschäftsbereich Forschung Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

#### Literatur:

- Blum,K./Offermanns, M.: Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Düsseldorf 2008. www.gesundheitsgmbh.de
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück 2009. www.wiso.hs-osnabrueck.de
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). Entlassmanagement im Krankenhaus. Düsseldorf 2014. www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf 2007. www.dki.de

275

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff

## Ethisches Handeln im Beschaffungsmanagement: Patientenorientierung und Ressourcenschonung im Krankenhauseinkauf

Quelle: W. von Eiff (Hrsg.), Ethik und Ökonomie in der Medizin, Heidelberg, 2014., medhochzwei Verlag GmbH

#### 1 Problemstellung: Rationierung durch Einkauf?

Beschaffungsmanagement in Krankenhäusern hat die Aufgabe, alle für die Sicherstellung des Klinikbetriebs erforderlichen Güter und Dienstleistungen bedarfsgerecht (Qualität, Menge, Zeitpunkt) und wirtschaftlich (niedrige Total Costs of Ownership) zur Verfügung zu stellen. Einkauf und Logistik als Funktionen des Beschaffungsmanagements damit an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie tätig und stehen im Entscheidungsspagat zwischen bezahlbarer Qualität (z. B. von Medikalprodukten) und Inkaufnahme von Patientenrisiken als Konsequenz des Einsatzes von Billigproduk-In dieser scheidungssituation nimmt das Beschaffungsmanagement direkten Einfluss auf Art und Ausmaß der Rationierung im Patientenversorgungsprozess, indem preiswerte, aber mit Handhabungsrisiken verbun-



dene Medizinprodukte mit Priorität eingekauft werden, mit dem Argument, ohne diese Beschaffungspolitik den Klinikbetrieb auf Dauer nicht aufrecht erhalten zu können. Insofern ist gerade im Bereich Beschaffungsentscheidungen die Orientierung an medizin-ethischen Prinzipien ebenso wichtig wie die Berücksichtigung von ökonomischen Entscheidungskrite-Ansatz rien. Der "Ganzheitlichen Beschaffungsmanagements" soll dazu

beitragen, die Anforderungen von Medizin und Ökonomie zu harmonisieren.<sup>1</sup>

#### 2 Warum Ganzheitliches Beschaffungsmanagement?

2 Einkauf und Logistik im Krankenhaus stehen im Wandel vom produktbezogenen, preisorientierten Einkauf hin zu einem ganzheitlichen, prozessorientierten Beschaffungsmanagement.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> 1 Vgl. hierzu von Eiff: Ganzheitliches Beschaffungsmanagement: Nachhaltigkeit und Ethik im Krankenhaus-Einkauf. 2013.

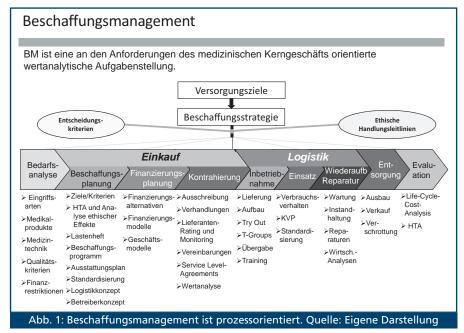
- 3 Ganzheitliches Beschaffungsmanagement (GBM) berücksichtigt alle relevanten Einflussfaktoren einer Beschaffungsentscheidung und ist unmittelbar aus der Krankenhaus- Strategie abgeleitet (siehe Abbildung 1).
- 4 GBM erzeugt Beiträge zu Patienten Outcome und medizinischer Qualität, Risikovermeidung im Patientenversorgungsprozess sowie Reduktion von Funktions-, Betriebsbereitschafts-, Prozess- und Lebenszykluskosten.
- 5 GBM heißt, den Beschaffungsprozess von der Bedarfsplanung über die Beeinflussung des Verbrauchsverhaltens der Nutzer und die Identifikation der geeigneten Finanzierungsform bis zur Produktentsorgung aktiv zu gestalten. GBM heißt auch, alle Einkaufs- und Logistikaufgaben durch den Ansatz des Supply Chain Management (SCM) zu verbinden. SCM integriert Lieferant, Logistikdienstleister und Anwender als Ressource zur Verbesserung von medizinischer Qualität, Patientenwohlbefinden und zur Senkung von Kosten.

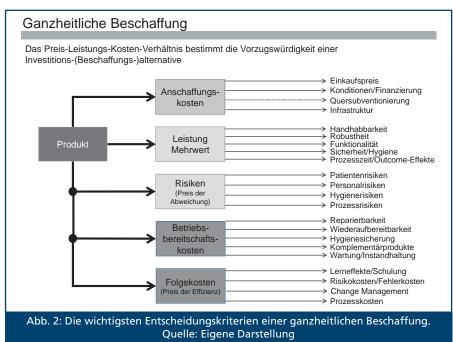
## 3 Entscheidungskriterien eines ganzheitlichen Beschaffungsmanagements

6 Medizinprodukte haben den Charakter eines Investitionsgutes: über Design, Funktionalität, Benutzeroberfläche, Handhabbarkeit und Verfügbarkeit nehmen sie Einfluss auf Prozesseffizienz, Betriebsbereitschaftskosten und Folgekosten, die insbesondere

- für Maßnahmen anfallen, die die Prozesseffizienz garantieren.
- 7 Gerade die Berücksichtigung von Lernkurveneffekten bei innovativen Technologien (z. B. daVinci-OP-System für Prostatektomien; Einsatz spezieller Führungsdrähte in der Kardiologie) und das Vermeiden von Widerständen gegen ablauforganisatorische Verän-

derungen oder die ungewollte Handhabung innovativer Produkte via Change Management gewinnen als Bewertungskriterien in Beschaffungsprozessen ebenso an Bedeutung wie die Orientierung von Einkaufsentscheidungen an ethischen Handlungskriterien. Eine Übersicht der wichtigsten Beschaffungskriterien ist in Abbildung 2 zusammengestellt.





<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Vgl. hierzu: von Eiff: Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit: Wie sieht's aus? 2012.

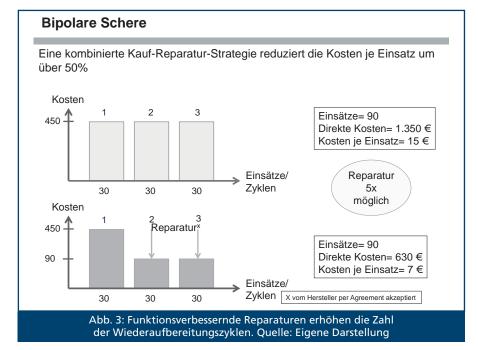
#### 4

#### Ethisches Beschaffungsprinzip: Nachhaltigkeit und Verschwendungsvermeidung

- 8 Angesichts wachsenden Kostendrucks und zunehmenden Umweltbewusstseins, gewinnt Nachhaltigkeit als Handlungsmaxime und Selektionskritebeim Einkauf rium von Medizintechnik und Medikalprodukten an Bedeutung. Nachhaltiger Einkauf zielt auf Ressourcenschonung, die über den ökonomischen Ansatz des Verschwendungsmanagements sichergestellt wird.2
- 9 Eine Möglichkeit Kosten im Medizinbetrieb zu reduzieren und gleichzeitig Rationierungseffekte zu mindern, kann darin gesehen werden, den Lebenszyklus von sterilisierbaren (mehrfach verwendbaren) OP-Produkten (sog. Multi-Patient-Use-Produkte) durch Erhöhung der Reparaturquote Kosten senkend zu verlängern. Die Reparaturquote bezeichnet den bewerteten Anteil an reparierten Geräten/Instrumenten im Verhältnis zu der Gesamtan-

- zahl/dem Gesamtwert der zur Reparatur gegebenen Instrumente (zuzüglich der direkten Ersatzbeschaffungen ohne Reparaturversuch).
- 10 Die Reparaturquote zeigt, inwieweit durch nicht notwendigen Ersatzkauf Ressourcen verschwendet werden.
- 11 Je niedriger die Reparaturquote, desto höher die Quote für Reparatur-Austausch und Reparatur-Ersatz und desto höher die Instrumentenkosten je Eingriff.
- 12 Die Reparaturquote wird durch folgendes Kriterien-Setting beeinflusst:
- Verkaufs-/Reparatur-Strategie des Herstellers: dieser kann Reparaturen ausschließen, die Zahl der Reparaturen begrenzen, die Wertgrenze der Reparaturkosten limitieren.
- Lebenszyklusphase eines Produkts: Auslauf-/Alt-Modelle werden durch Neuprodukte ersetzt und von einer Reparatur ausgenommen, obwohl sie noch reparierbar wären.
- Reparaturfähigkeit eines Produkts aufgrund konstruktiver

- und materialbezogener Robustheitsmerkmale.
- Objektive Möglichkeit, die Reparatur mit einer Produktveredelung zu kombinieren, so dass der Gebrauchswert gesteigert und der Reparaturzyklus kostensenkend verlängert wird.
- Produkte im Krankenhaus-Portfolio, für die es national keinen Hersteller/Serviceanbieter gibt (Konkurs des Herstellers, Rückzug vom deutschen Markt, Produkte aus Übersee).
- Krankenhaus-Beschaffungsstrategie: Isoliertes Reparaturmanagement vs. integrierte Kauf-/Reparaturstrategie (= Betrachtung als Investitionsentscheidung).
- 13 Die ökonomischen Vorteile einer Reparatur sind an Bipolaren Scheren, Sägeblättern, Ultraschallschereneinsätzen, OP-Meißel, aber auch an Siebe Containern nachweisbar.
  - Kalkulation: Bipolare Schere Eine Bipolare Schere hat einen Beschaffungspreis von 420,- bis 480,- EUR und kann, je nach Handhabung, zwischen 20 und 40 Wiederaufbereitungszyklen durchlaufen. Aus Sicht des Herstellers gelten diese Produkte oft als nicht oder nur sehr begrenzt aufbereitbar. Spezialisierte Reparaturdienstleister reparieren diese Scheren für ca. 90 EUR und ermöglichen damit, dass das Produkt statt für nur einen Nutzungszyklus in fünf Nutzungszyklen eingesetzt werden kann. Die Kosteneinsparungen je Prozedur (siehe Abbildung 3) betragen über 50 %. Verbindet man mit der Reparatur eine funktionsverbessernde Neubeschicherhöhen tung, sich die Reparaturkosten auf ca. 140,-EUR; die Zahl der Nutzungszyklen wird erhöht.
  - Lebenszyklusverlängerung



durch Reparatur

Sägeblätter für Bohrmaschinen werden i. d. R. vom Hersteller (ohne Reparaturoption) zum Neupreis zwischen 40 und 45 EUR angeboten. In Abhängigkeit vom Modell ist ein Nachschleifen zwischen 2 und 10 Mal technisch ohne Funktionseinschränkung oder Sichermöglich. heitsrisiken Reparaturkosten werden mit 12 EUR kalkuliert. Die Anzahl der Nutzungen ist u. a. abhängig von der Behandlung durch den Nutzer. Bis zu 55 bis 60 % der Nutzungskosten sind treduzierbar.

- Wiederaufbereitung
  - Die Wiederaufbereitung von Einwegprodukten ist in Wissenschaft, Praxis, Politik und Gesundheitswirtschaft nicht unumstritten, da es viele Einmalprodukte gibt, die wegen ihrer Konstruktion, ihres medizinischen Zwecks, des verwendeten Materials und der eingeschränkten Reinigungsfähigkeit nicht für eine hygienisch einwandfreie und die Funktionalität des Produktes nicht beeinträchtigende Aufbereitung geeignet sind. Deshalb sind nur solche Produkte einer Kosten-Nutzen-Analyse zu unterziehen, die
  - konstruktiv geeignet sind,
  - und für die ein validiertes Wiederaufbereitungsverfahren existiert bzw. entwickelt werden kann.
- 14 Qualität und Verfügbarkeit medizinischer Leistungen hängen wesentlich davon ab, inwieweit sie finanzierbar sind. Je geringer die Kosten einer medizinischen Prozedur, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit ihrer Anwendung. Die mangelnde Finanzierbarkeit einer Prozedur führt zu einem beschränkten Zugang für betroffene Patienten. Ethische

Konflikte sind hier die Folge.

- 15 Die Wiederaufbereitung von Einwegmedikalprodukten wirft damit grundlegende Ethische Fragen auf (Abbildung 4).
- 16 Die Gegner der Wiederaufbereitung folgen der Argumentation, dass eine Wiederaufbereitung von Einwegprodukten dem Charakter von Einwegprodukten widerspricht. Diese seien bewusst

Ethik der Wiederaufbereitung

auf den einmaligen Gebrauch hin konstruiert und gebaut, im Patienten vor speziellen Gebrauchsrisiken zu schützen. Die Wiederaufbereitung erzeuge vermeidbare Patientenrisiken, da durch die Resterilisierung die Gebrauchsfähigkeit beeinträchtigt und das Maangegriffen werden könnten oder Kontaminationen (z. B. mit Blut, Eiweiß) nicht eliminierbar wären. Damit würde ein Verstoß

## Die Wiederaufbereitung von selektierten Einwegprodukten nach validierten Verfahren verbessert die Kosten- und Investitionssituation im Krankenhaus und trägt zur Vermeidung von Rationierung und Priorisierung im Medizinbetrieb bei.

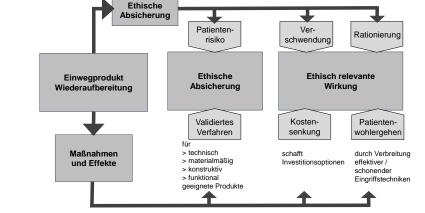


Abb. 4: Die Wiederaufbereitung von selektierten Einwegprodukten nach validierten Verfahren verbessert die Kosten- und Investitionssituation im Haus und trägt zur Vermeidung von Rationierung und Priorisierung im Betrieb bei. Quelle: Eigene Darstellung

#### Preis vs. Produktkosten-Nutzen-Betrachtung

Produktverlässlichkeit, Produktsicherheit und Recyclierfähigkeit bestimmen Produktkosten und Nutzen.

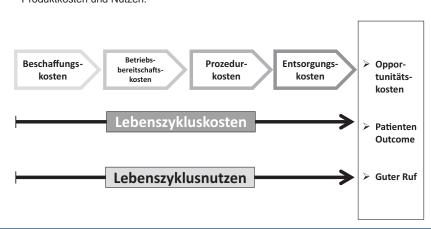


Abb. 5: Struktur des Lebenszykluskonzepts. Quelle: Eigene Darstellung

gegen das Prinzip des "Primum nihil nocere" vorliegen. Aus Sicht der Befürworter lassen sich zwei Argumentationsaufbauen. linien Ohne Wiederaufbereitung selektierter Einwegprodukte würden patientenschonende und die Patientensicherheit erhöhende Prozeduren in geringerem Umfang durchgeführt, als dies sinnvoll (im Sinne des Patientennutzens) und möglich wäre (USKatheter Soundstar).

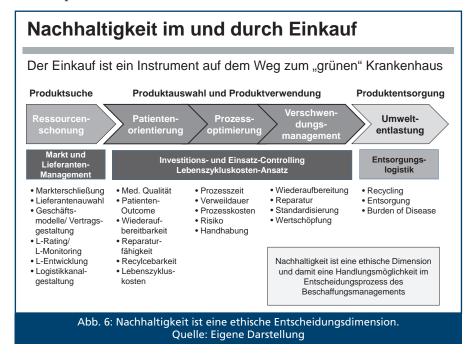
- 17 Durch die Wiederaufbereitung sinken die Betriebskosten je Prozedur. Die eingesparten Kosten stehen als Investitionsmittel für Qualitätsverbesserungen zur Verfügung. Die selektive Wiederaufbereitung trägt dazu bei, Rationierung und Priorisierung im Medizinbetrieb zu reduzieren.
- 18 Ethische Probleme treten insbesondere dann auf, wenn eine Klinik eine dominante Kostensenkungsstrategie verfolgt und aus diesem Grund auf Einwegprodukte ausweicht, die zwar billig sind, aber nicht die funktionale Qualität von Sicherheitsprodukten aufweisen,

- oder eine Wiederaufbereitung von Einwegprodukten in der eigenen Zentralen Sterilgutversorgungs-Abteilung (ZSVA) ohne validiertes Verfahren durchführt.
- 19 Fasst man alle diese Überlegungen zusammen, so ist es empfehlenswert, die Beschaffungsentscheidung über ein Medizinprodukt auf der Basis einer Lebenszyklusbetrachtung von Kosten und Nutzen zu treffen (siehe Abbildung 5). Die Charakterisierung eines ganzheitlichen Beschaffungsmanagements auch unter Berücksichtigung ökologischer Aspekte ist in Abbildung 6 zusammengestellt.

#### 5 Ethisches Beschaffungsprinzip: Patientennutzen

20 Ganzheitliches Beschaffungsmanagement ist am Patientennutzen orientiert und ist auf die Erfüllung berechtigter Patienteninteressen (schmerzfreie, risikoarme, angstfreie Prozeduren) gerichtet. Nach den ethischen Prinzipien des "Primum nihil nocere" und

- des "Patientenwohlergehens" bedeutet dies die Beschaffung von Medikalprodukten, die solche Prozeduren ermöglichen bzw. dem Patienten Folgeeingriffe zu ersparen
- 21 Die Durchführung einer Transapikalen Klappen-Intervention (DRG F98Z) kann auf Basis einer Klappe erfolgen, die gegenüber einem Konkurrenzmodell preisgünstiger ist, aber den Nachteil einer vergleichsweise hohen Schrittmacherinzidenz (3:1) aufweist. Bei Verwendung der billigeren (aber unter dem Gesichtspunkt der therapeutischen Lebenszykluskosten als geringeinzustufenden) Klappe spart das Krankenhaus je Eingriff. Gleichzeitig muss sich der Patient mit einer dreifach höheren Wahrscheinlichkeit einer weiteren Operation (Schrittmacher) unterziehen, wodurch Umsatz generiert wird.
- 22 Ein weiteres Beispiel bezieht sich auf die Qualität und Haltbarkeit von Schrittmachersystemen. Preiswerte Schrittmachersysteme (Differenzkosten zu haltbaren Systemen ca. 1200 bis 1800 EUR) machen nach 5-6 Jahren eine Replantation des Implantats nötig. Betrachtet man einen Behandlungszyklus von 18-20 Jahren, ist die Verwendung preisgünstiger Systeme mit drei Eingriffen verbunden, während das teure Produkt nur zwei Eingriffe erforderlich macht. Unabhängig von der Belastung für den Patienten wird das auf billige Produkte setzende Krankenhaus zweifach belohnt: mit niedrigeren Kosten je Prozedur und mit der Möglichkeit für drei statt für zwei Eingriffe Umsatz zu generieren.



- 23 Aus diesen Beispielen wird deutlich, dass ethisch motivierte Entscheidungsoptionen im Einkauf durch gesetzliche und vertragliche Strukturen im Bereich der Leistungsabrechnung kontraproduktiv beeinflusst werden.
- 24 Bisher wird ein Krankenhaus, das hochwertige Medikalprodukte einsetzt, nicht für diesen Aufwand belohnt, sondern im Gegenteil kostenmäßig und umsatzmäßig benachteiligt. Dieses negative Anreizsystem provoziert Moral Hazard-Effekte (allg. = nicht vertragskon-Verhalten formes nach Vertragsabschluss durch einseitige Ausnutzung von Informationsasymmetrien). Moral Hazard-Verhalten wird in diesem System gleich zweifach "belohnt": erreicht werden unmittelbare Kostensenkungseffekte und die Möglichkeit zur Generierung von Umsatz.
- 25 Auch bei nicht-invasiven bzw. nicht unmittelbar prozedurbezogenen Medizinprodukten lassen sich die Auswirkungen der Berücksichtigung ethischer Handlungsleitlinien auf den Beschaffungsprozess demonstrieren.
- 26 Die Beschaffung eines Krankenhausbettes für Normalund Intensivstationen kann an den ökonomischen Kriterien Preis, Robustheit und Reparierbarkeit, Konditionen bei Folgekäufen, Ersatzteilkosten, etc. orientiert werden.
- Die Berücksichtigung des ethischen Prinzips "Primum nihil nocere" würde die Hygienesicherheit und Wiederaufbereitbarkeit als wichtiges Entscheidungskriterium verlan-
- Das ethische Prinzip der "Pa-

dern. ein Bett zu beschaffen, das der Patient selbst verstellen kann und eine mechanische Aufstehhilfe vorhält.

Orientiert am Prinzip "Wohlergehen" wäre das Bett mit einer Waagefunktion auszu-

statten, um eine zeitnahe Effektivitätskontrolle der Nahrungsaufnahme des Patienten zu sichern.

27 Auch das ethische Prinzip der Wahrung der "Würde des Patienten" wirkt sich in Investitiund Beschaffungsprozessen aus, wenn es als Entscheidungskriterium zur Produktauswahl herangezogen wird.

#### 6 Bewertung von Beschaffungsalternativen

- 28 Der Anwendung klassischer betriebswirtschaftlicher wertungsinstrumente (Kostenvergleichsrechnung, Kosten-Nutzen-Analyse, Discounted Cash Flow, ...) sind im klinischen Bereich Grenzen gesetzt. Dagegen werden Besonderheiten des Medizinbetriebs über den Lebenszykluskostenansatz sowie die Risikogewichtete Prozessanalyse (RPA) adäquat berücksichtigt.
- Kalkulationsansatz: Lebenszykluskosten Ein Produktlebenszyklus im medizin-ökonomischen Sinn bezeichnet die Anzahl sachgerechten, risiko-

losen und handhabungsgerechten Nutzungen eines Medikalprodukts unter Berücksichtigung von Produktfunktionalität und Produktrobustheit, Wiederaufbereitung, Reparatur und Veredelung sowie Entsorgung und Recycling. Lebenszykluskosten sind diejenigen bewerteten, zielbezogenen Ressourcenverbräuche, die zur geregelten Wiederherstellung der Produkteinsatzbereitschaft erforderlich sind.

- 29 Diese Lebenszykluskosten sind der Anzahl der komplikationslos durchgeführten Eingriffe gegenüber zustellen.
- 30 Das Lebenszykluskostenkonzept basiert auf vier Überlegungen:
- Erstens ist davon auszugehen, dass die Produktkosten in der Beschaffungsphase (Einkaufspreis) direkt von der Funktionalität der prozeduralen eingriffsbezogenen Handhabbarkeit und der Robustheit (Reparatur-, Verschleißanfälligkeit) abhängen. Diese Produktqualität bestimmt die Länge des Produktlebenszyklus sowie die später anfallen-



- den Kosten für Reparatur.
- Zweitens wird deutlich, dass die im Verlauf eines Lebenszyklus anfallenden Kosten zur Herstellung der Einsatzfähigkeit nach Abschluss der Beschaffung nur noch begrenzt beeinflussbar sind bzw. durch die eingekaufte Produktbeschaffenheit vor dem ersten Gebrauch determiniert werden
- Drittens begreift das Konzept der Lebenszykluskosten jede Produktbeschaffung als Investition, deren Vorteilhaftigkeit

Prozesskostendifferenz

Medizinisch-

Ethischer

Grenzbereich

Patienter

Outcome

Qualită

Kosten-

angebot

Zone de

medizinische

Spannungsfeld Medizinökonomie und Ethik

Ökonomische Entscheidungen stehen unter der unabdingbar zu erfüllenden Bedingung einer angemessenen Medizin.

Medizinische

- nicht nur in Preis-, sondern auch in Nutzen- und Risikodimensionen beurteilt wird.
- Viertens zielt der Lebenszykluskosten-Ansatz darauf ab, die fatale Trennung zwischen preisorientierter Beschaffungsverantwortung des Einkäufers und gebrauchsorientierter Einsatzverantwortung des Nutzers (Arzt) zu überwinden. Eine Trennung dieser Verantwortungsbereiche hat regelmäßig zur Konsequenz, dass preiswerte Produkte eingekauft werden,

Prozesskostendifferenz

verursachter Schäden Risiko-

Funktions-

kosten

Zone

Ethische

Maxime

primum non nocere

Selbstbestimmung
 Würde

> Wohlergehen

- die aber Gebrauchsnachteile für den Operateur aufweisen und/oder sich nicht oder nur begrenzt Wiederaufbereiten bzw. reparieren lassen.
- Risikogewichtete Prozessanalyse (RPA) Die RPA vergleicht die Investitionskosten alternativer Settings (z. B. Einsatz eines daVinci-Roboters im Vergleich zur offen-chirurgischen Prostatektomie) mit den Auswirkungen jeweiligen bzgl. medizinischer Qualität (z. B. R0/R1 - Raten), dem Patientenwohlbefinden (z. Inkontinenzrate), dem Patientenrisiko (z. B. Impotenzwahrscheinlichkeit) und Prozesskosten (z. B. bewertete Prozesszeit, Ressourcenbindung). Insofern ist bei jeder Entscheidung über eine Investition zu prüfen, welche ethischen Implikationen mit ihr verbunden sind (siehe Abbildung 7).

#### 7 Fazit

31 Der Einkauf ist gefordert, diese ethischen Orientierungen und Ziele umzusetzen, indem er bei Produkt- und Technikauswahl auf die Auswirkungen bzgl. Patienten Outcome, Prozessoptimierung, Handhabung, Sicherheit und Marketing-Effekte achtet (siehe Abbildung 8). Nachhaltiger Einkauf ist an den Lebenszykluskosten orientiert und bewertet Einkaufsalternativen nach dem Konzept der "Risikogewichteten Prozessanalyse".

#### Abb. 7: Spannungsfeld Medizinökonomie und Ethik. Quelle: Eigene Darstellung Ethik im Einkauf Ethisch orientiertes Beschaffungsmanagement hat Patient, Mitarbeiter und Umwelt im Fokus **Ethischer Einkauf** Nachhaltigkeit Medizin Transparenz Mitarbeiter-Compliance and Rating und / Ressourcen-Ethische und sicherheit . Fairness Monitoring Partizipation schonung Maxime Reparatur Primum Nihil Gesundheits- Antikorruption Beherrschte Strategische Nocere gefährdung Kopplung/ Produktion Ernsthaftigkeit (Null-Fehler) Wiederauf- Wohlbefinden Handhabung gerechtigkeit bei Anfragen Faire Beschaffung/ objektive Aus Veredelung Würde Poka-Yoke Buying Center Autonomie Change wahlkriterien Gerechtigkeit Faire/sichere bedingungen Abb. 8: Handlungsbereiche eines ethisch orientierten, ganzheitlichen

Beschaffungsmanagements. Quelle: Eigene Darstellung

#### Literatur:

- von Eiff, W.: Ganzheitliches Beschaffungsmanagement: Nachhaltigkeit und Ethik im Krankenhaus-Einkauf, in: KU Gesundheitsmanagement, 82. Jahrgang, Heft 6/2013, S. 33-38
- von Eiff, W.: Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit: Wie sieht's aus? in: MTD, 38. Jahrgang, Heft 05/2012, S. 74-76.

RA Norbert H. Müller

## Der Rechtsrat – kurz und bündig

## Begrenzung des Urlaubs durch den Arbeitgeber

#### Fragestellung:

Ich bin seit mehr als 10 Jahren Leiter der Fachabteilung unseres Krankenhauses und habe auch in den zurückliegenden Zeiten wiederholt einen beantragten dreiwöchigen Erholungsurlaub, beispielsweise in den Sommerschulferien, genehmigt erhalten. Zuletzt hatte ich auf eigenen Wunsch in den Sommerferien "nur noch" zwei Wochen Urlaub beantragt und erhalten.

Nunmehr stellt der neue Geschäftsführer meinen Urlaubsantrag für drei Wochen mit der Begründung in Frage, dass dies für einen Chefarzt zu lang sei und ich mich im Übrigen auch mit dem Verwaltungsleiter zusätzlich abstimmen müsse, so dass ich z.B. auch während dessen Elternzeit keinen Urlaub erhalten könne.

Vertraglich ist ausschließlich die Stellvertretung durch meinen ärztlichen Stellvertreter fixiert.

Ist der Arbeitgeber berechtigt, meinen Urlaub auf zwei Wochen zu begrenzen und weitere Absprachen mit Verwaltungsleitern, etc. zu fordern? Auch möchte ich wissen, bis wann mein Urlaubsantrag zu beantworten ist und was bei Ablehnung oder Schweigen zu tun ist.

#### **Antwort:**

1.

Anknüpfungspunkt für die Beantwortung der Frage, ob die Geschäftsführung Ihren Jahresurlaub auf maximal jeweils zehn Arbeitstage pro Urlaub begrenzen darf, ist § 7 Bundesurlaubsgesetz (BUrlG). Gem. § 7 Abs. 2 BUrlG ist der Urlaub zusammenhängend zu gewähren, es sei denn, dass dringende betriebliche oder personenbedingte Gründe eine Teilung des Urlaubs erforderlich machen.

Somit kann die zusammenhängende Gewährung des Urlaubs lediglich dann vom Arbeitgeber versagt werden, wenn dringende betriebliche Gründe die Teilung des Urlaubs erforderlich machen.

Diese liegen jedoch nicht bereits dann vor, wenn die Regelmäßigkeit des betrieblichen Ablaufs durch die längere Abwesenheit des Arbeitnehmers gestört würde, da jede Abwesenheit die Regelmäßigkeit des betrieblichen Ablaufs stört und es damit nie zu einem Urlaubanspruch – insbesondere einem zusammenhängenden – käme.

Vielmehr werden lediglich solche dringenden betrieblichen Gründe anerkannt, die im Einzelfall unter Abwägung der beiderseitigen Interessen das Interesse des Arbeitnehmers an der zusammenhängenden Gewährung wegen eines überragenden Interesses des Arbeitgebers auf Teilung des Urlaubs zurückweichen lässt.

Als insoweit berücksichtigungsfähige betriebliche Belange sind erhebliche – und vorübergehende – personelle Engpässe, besonderer Saisonbetrieb (Schlussverkauf, Weihnachtszeit...) oder erhebli-



che vorübergehende krankheitsbedingte Ausfälle anderer Mitarbeiter anerkannt; auch Betriebsferien stellen in der Regel solche betrieblichen Belange dar.

Es muss sich mithin um solche Gründe handeln, die Ihre längerfristige Abwesenheit für Ihren Arbeitgeber als schlicht nicht hinnehmbar erscheinen lassen.

Die bisher von dem neuen Geschäftsführer pauschal abgegebene Erklärung, dass ein dreiwöchiger Erholungsurlaub "für einen ärztlichen Leiter zu lange sei", stellt nach den o.g. Maßstäben keinesfalls einen dringenden betrieblichen Belang i.S.d. § 7 Abs. 2 BUrlG dar und vermag daher nicht die Notwendigkeit der Teilung Ihres Urlaubs zu rechtfertigen.

2.

Da keine dringenden betrieblichen oder personenbedingten Gründe der Gewährung Ihres dreiwöchigen Erholungsurlaubes im Sommer entgegenstehen, ist Ihr Arbeitgeber somit verpflichtet, den von Ihnen beantragten Urlaub auch in diesem Jahr zu gewähren.

In welchem Zeitraum Ihr Arbeitgeber über den Urlaubsantrag zu entscheiden hat, ist jedoch nicht ausdrücklich gesetzlich normiert, kann aber (tarif- und arbeits-) vertraglich vereinbart werden. Unabhängig von einer vertraglichen Vereinbarung hat der Arbeitnehmer nach gängiger Rechtsprechung jedoch einen Anspruch darauf, dass der Arbeitgeber über seinen Urlaubsantrag zügig entscheidet.

Sie sollten somit zunächst Ihren Arbeitgeber unter kurzer Fristsetzung (3 - 5 Tage) erneut schriftlich auffordern, über Ihren Urlaubsantrag zu entscheiden – so er dieses noch nicht getan hat.

Bei fruchtlosem Ablauf der Frist bzw. Ablehnung des Antrages kann die Urlaubsgewährung entweder mit einer Leistungsklage oder im Wege einer einstweiligen Verfügung vor dem zuständigen Arbeitsgericht durchgesetzt werden. 3.

Auch das Vorbringen Ihres Geschäftsführers, dass Sie sich in Bezug auf Abwesenheiten und Urlaube mit dem Verwaltungsleiter abstimmen müssten, erscheint verfehlt und daher rechtlich unbeachtlich.

Es ist nicht erkennbar, aus welchem Grund Sie in Zukunft Vertretungsabsprachen – zusätzlich zu den bisherigen Absprachen mit Ihrem ärztlichen Stellvertreter – mit dem Verwaltungsleiter treffen sollen, obwohl Sie Ihre Tätigkeit als ärztlicher Leiter in der Klinik bereits seit 2001 wahrnehmen und bisher Vertretungsabsprachen für etwaige Verwaltungstätigkeiten nicht erforderlich schienen bzw. derartige Dinge von dem ärztlichen Stellvertreter miterledigt werden konnten.

Die o.g. Forderung des Geschäftsführers entbehrt jedweder tatsächlichen wie auch rechtlichen Grundlage. Hierbei gehen wir nach Ihren Angaben davon aus, dass arbeitsvertraglich eine klare Regelung dahingehend getroffen ist, dass Sie durch Ihren ärztlichen Stellvertreter hinsichtlich sämtli-

cher Dienstaufgaben vertreten werden.

Insbesondere erscheint der Hinweis Ihres Geschäftsführers, dass Sie in der Elternzeit des Verwaltungsleiters generell keinen Urlaub genehmigt bekommen können, vor dem Hintergrund, dass sich Elternzeit auf einen Zeitraum von bis zu drei Jahren erstrecken kann, schon fast amüsant, rechtlich aber sicher abwegig.

Sollte es tatsächlich notwendig sein, dass während Ihrer urlaubsbedingten Abwesenheit – auch über den ärztlichen Bereich hinaus – zwingend ein Vertreter zur Erledigung etwaiger unaufschiebbarer Verwaltungstätigkeiten eingesetzt werden müsste und diese Aufgaben nicht von Ihrem bisherigen ärztlichen Stellvertreter entgegen jahrelang geübter Praxis - übernommen werden könnten, so ist es Aufgabe und Pflicht Ihres Arbeitgebers, einen entsprechenden Vertreter zu finden oder ggf. neu einzustellen.

Die pauschale Abwälzung dieser Ihren Arbeitgeber treffenden Verpflichtung auf Sie ist jedenfalls nicht zulässig.

# Absicherung bei Untätigkeit der Geschäftsführung nach Mängelhinweisen

#### Fragestellung:

Seit meinem Dienstbeginn verfügt unser Krankenhaus über keine eigene Sterilisation, so dass die notwendigen Siebe und Instrumente extern sterilisiert werden. Zuletzt kam es hierbei vermehrt zu Beschädigungen der Verpackungen des Sterilgutes, so dass diese Gegenstände nicht

mehr für die anstehenden Operationen genutzt werden durften. Dies habe ich in zahlreichen Schreiben an die Geschäftsführung wiederholt beanstandet. Hierbei habe ich insbesondere darauf hingewiesen, dass hierdurch die Patientensicherheit nicht ausreichend gewährleistet ist und mehrmals um Gespräche und Ab-

hilfe gebeten. Nunmehr wurde ich in ersten Gesprächen von der Geschäftsführung mit Vorwürfen konfrontiert, dass ich auf diese Missstände hinweise. Ich bin jedoch dabei geblieben, dringend für eine Lösung und Abhilfe durch die Geschäftsführung zu sorgen. Sowohl meine Vorschläge zur hauseigenen Sterilisation als

auch zur Verpackung in Containern wurden bisher nicht umgesetzt. Ich bitte um Mitteilung, wie ich mich gegen Weiterungen und Risiken absichern kann, wenn die Geschäftsführung weiterhin untätig bleibt.

#### **Antwort:**

Nach diesseitiger Beurteilung haben Sie – soweit für uns ersichtlich – im bisherigen Verlauf im Rahmen Ihrer Pflichten als Chefarzt im Wesentlichen ordnungsgemäß auf die Mängelzustände bei der Sterilgutversorgung Ihrer Abteilung reagiert.

1.

Da Ihnen dienstvertraglich – dies unterstellen wir aufgrund des von Ihnen geschilderten Sachverhaltes mangels abweichender Angaben sowie aufgrund der insoweit bestehenden "Üblichkeit" bei der Gestaltung von Chefarztverträgen – keine Befugnisse eingeräumt worden sind, welche Sie in die Lage versetzen würden, selbst durch entsprechende Dienstanweisungen, Erteilung von Aufträgen etc. für Abhilfe im Hinblick auf die bestehenden Mängel der Sterilgutversorgung zu sorgen, erschöpfen sich Ihre Verpflichtungen darin, die Geschäftsführung – wie bisher – über die erkannten Mängel fortlaufend auch weiterhin jeweils zeitnah in Kenntnis zu setzen und auf unverzügliche Abhilfe zu drängen und im Übrigen die operative Versorgung der Patienten so zu organisieren, dass eine Schädigung von Patienten aufgrund fehlender steriler Siebe vermieden wird. Diese Verpflichtung geht aufgrund der von Ihnen geschilderten Fälle in der Vergangenheit, in denen Operationen abgesetzt/verschoben werden mussten, unseres Erachtens sogar so weit, dass solche Patienten, bei denen die Verschiebung eines erforderlichen Eingriffs mit gesundheitlichen Risiken verbunden wäre, ggf. verlegt werden müssen oder gar nicht erst aufgenommen werden dürfen. Letztlich stellt sich MÄNGEL-RÜGE nach Ihrer Schilderung die Situation für uns so dar, dass Sie nicht mit der erforderlichen Sicherheit davon ausgehen können, dass zum angesetzten Operationstermin ein steriles und vollständiges Sieb zur Verfügung steht. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass bei haftungsrechtlich strenger Betrachtung – Operationen nur dann angesetzt werden dürfen, wenn bereits zum Zeitpunkt der Festlegung des Operationster-

2

Ihren vorgenannten Pflichten sind Sie ausweislich der uns übersandten Unterlagen unserer Einschätzung nach bisher jedenfalls weitgehend nachgekommen. Insbesondere sollte auch weiterhin in regelmäßigen Abständen eine schriftliche Informierung der Geschäftsführung Ihres Hauses sowie der weiteren verwaltungsseitig konkret zuständigen Stellen erfolgen. Den Zugang Ihrer entsprechenden "Mängelanzeigen" sollten Sie sich jeweils bestätigen lassen oder aber in anderer Form die Nachweisbarkeit des Zugangs Ihrer Schreiben für den Fall nicht auszuschließender späterer Rechtstreitigkeiten sicherstellen. Ebenso sind ggf. Operationen abzusetzen bzw. zu verschieben, wenn aufgrund unsteriler oder aber als unvollständig erkannter

mins ein steriles und vollständi-

ges Sieb vorhanden ist.

Siebe eine standardgerechte Operation nicht sicher gewährleistet ist. Da die Mängel bereits seit Längerem bekannt sind und immer wieder mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftreten, sollte die Sterilität und Vollständigkeit der Siebe möglichst frühzeitig nach Anlieferung in Ihrer Abteilung überprüft werden, damit möglichst frühzeitig bereits bei der Operationsplanung das Fehlen "einsatzfähiger" Siebe berücksichtigt werden kann.

3.

Zudem ist aufgrund des hier allein im Verantwortungsbereich der Arbeitgeberin zu sehenden Verschuldens an der vereinzelten Notwendigkeit der Absetzung von Operationen auch an einen Schadensersatzanspruch Ihrerseits zu denken, sofern es sich hierbei auch um Privatpatienten handelt, bei denen Ihnen durch diese "Missstände" dann ggf. variable Einkünfte entgehen sollten.

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

## Delegiertenversammlung Berlin, 26. September 2014

An die

Mitglieder der Konferenz der Landesvorsitzenden und an die Delegierten der Landesverbände im Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur diesjährigen Delegiertenversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. laden wir Sie heute für

Freitag, den 26. September 2014, 13.00 - 17.00 Uhr

in das

Hilton Hotel Berlin – "Salon Humboldt" Mohrenstr. 30, 10117 Berlin

ein.

Die Tagesordnung ist dieser Einladung als Anlage beigefügt.

Die im Rahmen der Tagesordnung angekündigten Vorlagen zu TOP 6.1 (Geschäftsbericht 2013) und TOP 6.3 (Genehmigung des Haushaltsplan-Entwurfs 2015) werden Ihnen zeitnah gesondert zugeleitet.

Der Delegiertenversammlung vorgeschaltet ist ein kleiner Imbiss im Foyer "Humboldt", der ab 12.00 Uhr beginnt.

Im Tagungshotel wurde für die Mitglieder der Konferenz der Landesvorsitzenden (soweit sie nicht auch gleichzeitig dem Geschäftsführenden Vorstand angehören) und für die Delegierten der Landesverbände ein Zimmerkontingent für die Übernachtung vom 26. auf den 27.09.2014 reserviert. Damit wird es den Mitgliedern der Delegiertenversammlung ermöglicht, auch am 27.09.2014 am VLK-Bundeskongress in Berlin teilzunehmen.

Falls Sie eine entsprechende Zimmerreservierung wünschen, bitten wir Sie, dies der Geschäftsstelle auf dem beigefügten Antwortformular bis zum 20.08.2014 mitzuteilen.

Sofern sie Ihre Anreise nach Berlin per Flugzeug planen, bitten wir Sie, der Geschäftsstelle Ihre gewünschten Reisedaten zuzuleiten, damit die Buchung zentral über die Geschäftsstelle vorgenommen werden kann.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise nach Berlin und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. H.-F. Weiser

**Präsident** 

Dipl.-Volksw. G. Norden Hauptgeschäftsführer

## TagesordnungDelegiertenversammlung

- Genehmigung der Ergebnisniederschrift über die Delegiertenversammlung vom
   September 2013 in Berlin Vergleiche Schreiben VLK vom 02.10.2013 –
- 2. Bericht des Präsidenten
- 3. Mitgliedschaft von KfH-Ärzten zu Sonderkonditionen?
- 4. Verleihung des VLK-Zukunftspreises 2014 an Jens Spahn, MdB
- 5. Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an Herrn Professor Dr. Günter Schmoz
- 6. Rechnungslegung
  - 6.1 Geschäftsbericht 2013 Vorlage folgt -
  - 6.2 Genehmigung des Jahresabschlusses 2013 und Entlastung des Schatzmeisters
  - 6.3 Genehmigung des Haushaltsplan-Entwurfs 2015 Vorlage folgt –
  - 6.4 Festsetzung der Mitgliedbeiträge für das Jahr 2015 (inklusive Beitragshöhe für Teilzeitärzte ohne Vertragsarzttätigkeit)
  - 6.5 Bestellung des Wirtschaftsprüfers für das Jahr 2014
- 7. Entlastung des Geschäftsführenden Vorstandes und der Geschäftsführung
- 8. Wahlen gemäß § 8.5. der VLK-Satzung
  - 8.1 Wahl des Präsidenten
  - 8.2. Wahl der beiden Vizepräsidenten
  - 8.3 Wahl des Schatzmeisters
- 9. Verschiedenes
- 10. Tag, Zeit und Ort der nächsten Delegiertenversammlung

## 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. Frank Ulrich Montgomery/Berlin

RA Norbert H. Müller/Bochum

Dipl.-Oec. Wolfgang Plücker/Wuppertal

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

dung
ē
•
ind

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:
L Man.	_ Dutum	Officiscinit.

#### **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? Plücker
  - 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

Weiser Prof

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







Dr. med. Frank Lange

## Gemeinsame Mitgliederversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen im VLK am 05. Juli 2014 in Meerane

Kooperation und intersektorale Zusammenarbeit – wichtige Ressourcen zur Verbesserung der Versorgung der Patienten im Krankenhaus

Der stationäre Versorgungsbereich erfährt gegenwärtig enorme Veränderungen. Die Ärzteschaft, insbesondere die Leitenden Krankenhausärzte, fühlen sich in Bedrängnis, da bestehende Ressortbegrenzungen im eklatanten Widerspruch zu der Verpflichtung stehen, für kranke Menschen zu jeder Zeit und an jedem Ort eine qualifizierte medizinische Betreuung zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer engen Kooperation aller Ärzte, wie Prof. Dr. Günter Schmoz, Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands in seinen einführenden Worten zu der gemeinsamen Mitgliederversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen des VLK am

#### Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser spitzt sich zu

Nach dem Krankenhausbarometer 2013, verzeichnen 51 % der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland Verluste. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss ist von 55 % auf 43 % gesunken. Die Krankenhäuser mit einem ausgeglichenen Jahresendergebnis sind von 14 % auf 7 % geschrumpft. Derartige Entwicklungen sind besorgniserreda sie zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit der stationären Einrichtungen führen und die Existenz von Krankenhäusern und Kliniken bedrohen, betonte Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Vorsitzender des Landesverbandes Thüringen und Vizepräsident des Verbandes Leitender Krankenhausärzte Deutschland. Diese Aussagen wurden durch die Darstellungen von Dipl.-Volkswirt Gerd Norden, Hauptgeschäftsführer des VLK, untermauert. Jedes 8. Krankenhaus sei von der Insolvenz bedroht. Für die im Koalitionsvertrag propagierte Qualitätsoffensive soll ein Institut für Qualiund Transparenz gegründet werden; seine Arbeit soll es aber erst nach 2016 aufnehmen. Es drohe die Gefahr, mit mehr Bürokratie. Kosten zu verursachen, welche aber keinesfalls für den Patienten zu einer spürbaren Verbesserung der Krankenhausversorgung beitragen wird. 05.07.2014 in Meerane betonte.

Der zunehmende Anteil ausländischer Ärzte, insbesondere im Assistenzarztbereich sowie der Anspruch der jüngeren Generation zur Vereinbarung von Beruf und Familie macht die Anpassung der Aus- und Weiterbildung notwendig, so Erik Bodendieck, Vizepräsident der Landesärztekammer Sachsen. Eine einheitliche Sprachprüfung für ausländische Ärzte, wie auf Gesundheitsministerkonferenz beschlossen, soll ab 2015 eingeführt werden. Notwendig sei auch, bestimmte Abschnitte der Weiterbildung berufsbegleitend absolvieren zu können. Dabei müssen Weiterbildungszeiten und Richtzahlen entsprechend der aktuellen und zukünftigen Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte relativiert werden.

#### Kooperation – Herausforderung der Zukunft

Für eine engere Kooperation warben in ihren Vorträgen Armin Ehl, Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes und Friedrich München, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen. Es bedarf einer konzentierten Aktion aller, unterstrich Ehl, im Kampf gegen den Ärztemangel nicht nachzulassen. Der ärztliche Beruf muss weiter als freier Beruf erhalten bleiben. Ärztinnen und Ärzte sind ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet. Im Zweifel muss das Wohl der Patienten vor wirtschaftlichen Intestehen. Neben ressen Gewährleistung einer qualitätsgerechten medizinischen Versorgung der Patienten sollen die Ärzte auch in stärkerem Maß Verantwortung für soziale und administrative Fragen Einrichtungen gemeinsam mit der Geschäftsleitung oder der Krankenhausverwaltung übernehmen, betonte Friedrich München. Hervorzuheben sei dabei die Stellung der Leitenden Krankenhausärzte, deren Leitungstätigkeit im medizinischen Sektor zunehmend durch Aufgaben im Management und im ökonomischen Bereich erweitert werden wird. Schwierig sei dabei oft, den Qualitätsanspruch oder die Weiterbildungsaufgaben nicht zu vernachlässigen.

#### Mitteldeutscher Verbund der leitenden Krankenhausärzte gegründet

In der Gegenwart und vor allem in der Zukunft gibt es viele Aufgaben, bei denen die zunehmende ärztliche Kompetenz gefordert ist. Dies betrifft u. a. die Bemühungen zu einer nachhaltigen Klinikreform, wie sie der Bundesgesundheitsminister anstrebt. Neuordnung des DRG-Systems, die nicht nur ökonomisch lukrative Leistungen honoriert oder einer sachlichen Zuteilung der Investitionsförderpauschalen, denen die Landesregierung eigentlich gesetzlich verpflichtet ist. Klinikreform, so Prof. Fünfstück, kann nicht bedeuten, Krankenhäuser zu liquidieren oder unbegründet Krankenhausbetten zu schließen. Krankenhausreform sollte bedeuten, sinnvolle Konzepte zu entwickeln, um im medizinischen Hochleistungsbereich zwischen Krankenhäusern einer Region Arbeitsteilungen vorzunehmen und Modelle zu entwickeln. die eine stärkere

Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungssektor möglich machen. Um diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden, erfolgte bereits im Vorfeld eine Umfrage unter den Mitgliedern der drei Landesverbände des VLK zur Gründung eines mitteldeutschen Verbundes der Landesverbände Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt. Unter Leitung von Prof. G. Schmoz und Prof. P. Janowitz wurde diese Gründung vollzogen und Prof. R. Fünfstück zum Sprecher gewählt. Prof. R. Fünfstück bedankte sich für das entgegengebrachte Vertrauen und gab der Hoffnung Ausdruck, durch diesen Zusammenschluss die gemeinsamen Anstrengungen so zu konzentrieren, dass der Einfluss auf die Gesundheitsversorgung in Mitteldeutschland weiter erhöht werden kann, um konstruktiv zur Verbesserung der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten beizutragen.

#### Informationen zum Verfasser:

Dr. med. Frank Lange Chefarzt der Abteilung für Hämatologie und Onkologie der Klinik für Innere Medizin Hufeland Klinikum GmbH Mühlhausen Stellvertretender Vorsitzender des VLK/ Landesverband Thüringen

#### **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

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

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.



#### Wir fordern:



Prof. Dr. med. Bernd-Dietrich Katthagen Wahlbezirk Arnsberg



Prof. Dr. med. Dietrich Paravicini Wahlbezirk Detmold



Dr. med. Thomas Dorsel Wahlbezirk Münster

- Beendigung des Totsparens von Krankenhäusern durch DRG's!
- Radikalen Um- oder Abbau der DRG's!
- Beseitigung des Investitionsstaus!
- Ende mit dem "Hamsterrad": Mehr Ethik weniger Monetik - keine Mengenausweitungen!
- Sektorübergreifende Versorgung:
   Hand in Hand mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen!
- Zukunftssicherung durch familiengerechte Krankenhäuser (Dienstpläne, KiTas ...)!
- Mehr Qualität und Geld für ärztliche Weiterbildung!
- Mehr attraktive Dauerstellen im Krankenhaus!
- Qualitätssicherung und -beurteilung als ärztliche Aufgabe, keine Fremdbestimmung!
- Mehr ärztlichen Sachverstand bei der Krankenhausplanung!
- Bürokratieabbau für Ärztinnen / Ärzte und Pflegende!
- Leitende Ärztinnen / Ärzte und Geschäftsführerinnen / Geschäftsführer auf Augenhöhe!
- Wertschätzung ärztlichen Handelns!

katalogelogosflyeraußenwerbungplakatebroschürengeschäftsdrucksachenprospektefolderprospekteroll up displaysanzeigen

Besuchen Sie uns im Internet unter: www.creativ-studio-arenz.de Jetzt NEU mit SCHILDER-SHOP

wir setzen ihre vorstellungen in die tat um



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!