ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

11
87. Jahrgang
November 2014

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © Klaus Eppele/fotolia.com

GKV-VSG: Alles Augenwischerei?

- Special Offers für VLK-Mitglieder
- Aufruf der ärztlichen Spitzenverbände

Weiße Salbe statt „Versorgungsstärkung“

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

Nichts zu machen, der alte Zitronenfalter-Witz fällt mir ein: Wer glaubt, dass das Versorgungsstärkungsgesetz die Versorgung stärkt, glaubt auch das Zitronenfalter Zitronen falten... Der hat wirklich einen Bart bis zum Boden, aber wie soll man sich denn sonst zur Wehr setzen? Wir können es allenfalls noch etwas analytischer sagen: Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz haben wir das populistische Gesetz zum populistischen Koalitionsvertrag! Beispiele gefällig? Kein Problem:

Garantie für Facharzttermine? – Toll! Die GKV-Seele hüpft vor Freude, glaubt sie doch, nun auch die letzte PKV-Bastion privilegierter Behandlung gestürmt zu haben. Aber schon die vermeintliche Not war ja weitestgehend künstlich herbeigeredet, denn im medizinisch begründeten Fälle gab´s auf Vermittlung des Kollegen natürlich schon immer einen Termin. Und dieser künstlichen Not wurde jetzt erfolgreich der Garaus gemacht? Auch das dürfte Unsinn sein, denn natürlich zimmert sich auch das Gesetz die Hintertür der „medizinischen Notwendigkeit“. Also keine Lösung für ein ohnehin nicht vorhandenes Problem. Mit unangenehmen Folgen allerdings: Die Ärzte werden gegängelt, Anwälte freuen sich (das machen sie immer bei unklaren Rechtsbegriffen), der Patient merkt keinen Unterschied, die Selbstverwaltungs-Bürokratie freut sich und die Versicherte zahlen die Zeche. So funktioniert Politik.

Weiter: Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung? – Großartig! Allerdings vom Gesetzgeber mit diversen Teufeln im Detail ausgestattet. Denn der Zulassungsausschuss muss das entsprechende Haus ermächtigen (da freue ich mich schon auf die begeisterte Kooperation der niedergelassenen Kollegen), nachdem der paritätisch besetzte Landessausschuss zunächst einmal die Unterversorgung amtlich bescheinigt hat. Wieder wird dem ahnungslosen Wahlvolk eine Möhre vor die Nase gehalten, von der die Systemkenner wissen, dass sie nie zu erreichen sein wird. Aber wer liest schon das Kleingedruckte.

Und schließlich noch der ganz große Knüller: Zweitmeinung zu Lasten der GKV! – Der Wahnsinn! Denn hier wird mit lautem Tamtam ein Problem gelöst, das nicht einmal die Patienten und Versicherten als solches erkannt hatten. Kritische Geister sind nämlich schon immer zu einem anderen Doktor gegangen, wenn ihnen die Diagnose- oder Therapievorschläge des ersten nicht gepasst haben. Und natürlich zu Lasten der GKV. Wer sollte das in unserem barrierefreien System denn kontrollieren? Aber jetzt steht´s ja im Gesetz und deswegen müssen wir auch eine wasserdichte Genehmigungs- und Regelungsbürokratie drumherum bauen. Natürlich beim G-BA, wo denn sonst. Nur zu regeln hätte es eigentlich nichts gegeben. Politik für die Galerie halt.

Da fällt schon fast nicht mehr auf, dass natürlich auch für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Regelungswust der Selbstverwaltung größer ist, als der gesamte tatsächliche Bedarf. Schade, denn wenn der Gesetzgeber sich hier etwas Schlankes hätte einfallen lassen, wären beim Patienten vielleicht tatsächlich echte Versorgungsverbesserungen angekommen. So aber bleibt das „Versorgungsstärkungsgesetz“ eine Absichtserklärung zu Lasten Dritter und im besten Fall „weiße Salbe“, deren Wirkungslosigkeit das nächste Ministerium mit großem Tamtam – und natürlich mit weiteren „Meilensteinen“ in der Versorgungsverbesserung – wieder zu Grabe tragen kann.

Es grüßt Sie herzlich aber irgendwie doch ernüchtert

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

372 **Weiße Salbe statt „Versorgungsstärkung“**

Titel

375 **Alles Augenwischerei?!**
Gerd Norden

Positionierungen zum GKV-VSG von:
378 - BKK-Dachverband
379 - GKV-Spitzenverband
379 - IQWiG

Berufs- und Gesundheitspolitik

383 **Verbesserung der Notarztausbildung durch Simulatortraining**
W. Armbruster et al

389 **Aufruf der ärztlichen Spitzenverbände zum Kampf gegen Ebola**

Übrigens…

390 **Klinik-Kultur, was ist das?**
Dr. Jürgen Brenner

VLK-intern

Special Offers des VLK
392 - KlinikRente Plus
Friedhelm Gieseler
394 - Versicherungsangebote
Markus H. Rexfort
396 - Rahmenvertrag für Rechtsschutz
Nadja Bürger
397 - Sonderkonditionen für Mercedes-Benz
Oliver Schendel

Berichte aus den Landesverbänden
398 - Prof. Dr. Ulrich Bonk, Vorsitzender des Landesverbandes Bremen im VLK
399 - Dr. Methodi Jantschulev, Vorsitzender des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern im VLK
400 - Prof. Dr. Benno Stinner, Vorsitzender des Landesverbandes Niedersachsen im VLK
401 - Prof. Dr. Dietrich Paravicini (Vorsitzender) und Dr. E. T. Merholz (stellv. Vorsitzender) des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen im VLK

Rubriken

374 **Personen und Hintergründe**
403 **Agenda**
398 **Impressum**

Alles Augenwischerei ?!
Die im Gesetzentwurf des GKV-VSG enthaltenen Regelungen sollen für eine Verbesserung des Versorgungsalltages der Patienten führen. Die Überschriften dieser Regelungen lassen dies auch zunächst erwarten. Bei näherer Betrachtung jedoch wird deutlich, dass dies angezweifelt werden muss. Also: Alles Augenwischerei ?!

Foto: © Klaus Eppele/fotolia.com

375

Aufruf der ärztlichen Spitzenverbände zu Ebola
16 ärztliche Spitzenverbände haben zu einer internationalen Kraftanstrengung zur Eindämmung der Epidemie in Westafrika aufgerufen. Die Erfahrungen aus den betroffenen Gebieten zeigen, dass der Mangel an fachkundigen Helfern, an Materialien aber auch eine unzureichende Vorbereitung und Ausbildung der Helfer die Seuchenbekämpfung vor Ort erschweren.

Foto: © vector_master/fotolia.com

389

Klinikkultur, was ist das?
Die Sozialkompetenz der Mitarbeiter spiegelt sich in der Kultur einer Klinik wieder, und sie fängt beim Chefarzt und Verwaltungschef an und hört beim Pförtner noch nicht auf. Die Kette ist so stark, wie ihr schwächstes Glied.

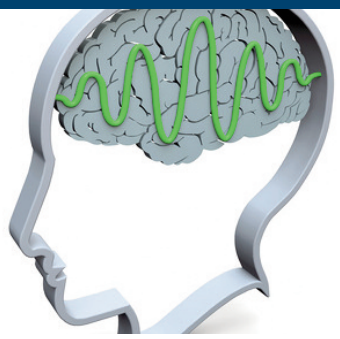


Foto: © McCarony/fotolia.com

390

„Special Offeres des VLK“
Durch entsprechende Rahmenvereinbarungen mit Unternehmungen hat der VLK für seine Mitglieder vorteilhafte Angebote ausgehandelt: Im Rechtsschutz, in der Altersversorgung, bei Versicherungen und auch beim Autokauf können VLK-Mitglieder hiervon profitieren.

Foto: © fotogestoeber /fotolia.com

392

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Tarifeinheit

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales „BMAS“ hat am 28.10.2014 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Tarifeinheit vorgelegt. Im Begleittext hierzu heißt es unter anderem: Ziel des Tarifeinheitsgesetzes ist es, die Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie zu sichern. Nach Aufgabe des Grundsatzes der Tarifeinheit durch das Bundesarbeitsgericht können für dieselbe Beschäftigten Gruppe verschiedene Tarifverträge konkurrierender Gewerkschaften gleichzeitig zur Anwendung gelangen. Die Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie kann durch Tarifkollisionen beeinträchtigt werden. Tarifkollisionen bergen die Gefahr, dass die Koalitionen der ihnen durch Artikel 9 Abs. 3 des Grundgesetzes überantworteten und im allgemeinen Interesse liegenden Aufgabe der Ordnung und Befriedung des Arbeitslebens nicht mehr gerecht werden können.

Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, mit dem Tarifvertragsrecht einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen die Koalitionen die Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sinnvoll ordnen können. Durch eine gesetzliche Regelung der Tarifeinheit nach dem Mehrheitsprinzip wird der verfassungsrechtlich gewährleistete Koalitionspluralismus in geordnete Bahnen gelenkt. Den Belangen von Minderheitsgewerkschaften wird durch flankierende Verfahrensregelungen Rechnung getragen.

Andrea Maria Nahles

Aufruf der ärztlichen Spitzenverbände

16. ärztliche Spitzenverbände – unter ihnen der VLK – haben am 16. Oktober 2014 auf Einladung der Bundesärztekammer Maßnahmen im Kampf gegen Ebola beraten. Gemeinsam haben sie zu einer internationalen Kraftanstrengung zur Eindämmung der Epidemie in Westafrika aufgerufen. Die Erfahrungen aus den betroffenen Gebieten zeigen, dass der Mangel an fachkundigen Helfern, an Materialien aber auch eine unzureichende Vorbereitung und Ausbildung der Helfer die Seuchenbekämpfung vor Ort erschweren. Im Kampf gegen Ebola sind deshalb kurz-, mittel- und langfristig wirksame Interventionen notwendig.

Den vollständigen Text des Aufrufs der ärztlichen Spitzenverbände finden Sie auf Seite 389 dieser Ausgabe.

Marburger Bund warnt Regierung vor offenem Verfassungsbruch

Die Ärzte-Gewerkschaft Marburger Bund weist die jetzt bekannt gewordenen Überlegungen der interministeriellen Arbeitsgruppe zur gesetzlichen Regelung der Tarifeinheit entschieden zurück. „Jede dieser Überlegungen ist darauf ausgerichtet, ein Zweiklassensystem von Gewerkschaften zu etablieren. Die Arbeitgeberlobby und die Spitze des Deutschen Gewerkschaftsbundes haben offensichtlich ganze Arbeit geleistet, um nunmehr mit Hilfe des Gesetzgebers gut organisierte und selbstbewusst auftretende Berufsgewerkschaften an den Rand drängen zu können“ so Rudolf Henke, erster Vorsitzender des MB. Durch den Zwang zur Tarifeinheit greife die Regierung massiv in die grundgesetzlich geschützte Koalitionsfreiheit ein. „Es kommt einem offenen Verfassungsbruch gleich, wenn der Staat bestimmten Arbeitnehmergruppen das Recht verwehrt, unabhängig und eigenständig tarifpolitisch tätig zu sein.“

Rudolf Henke

52 Mio. Operationen bei stationären Patienten im Jahre 2013

Knapp 52 Mio. Operationen und medizinische Prozeduren wurden bei den im Jahre 2013 aus vollstationärer Krankenhausbehandlung entlassenen Patienten durchgeführt. Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, waren dies 2,0% mehr als im Jahre 2012. Dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, ob der Zuwachs auf Veränderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels oder auf andere Gründe zurückzuführen ist. Die Anzahl der Krankenhausfälle, bei denen eine Operation oder medizinische Prozedur durchgeführt wurde, stieg im selben Zeitraum nur um 0,7% auf 15 Mio. Bei jedem dieser Fälle wurden 2013 im Durchschnitt 3,5 Maßnahmen durchgeführt.

Gerd Norden

Alles nur Augenwischerei?!

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Datum vom 21. Oktober 2014 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG) vorgelegt.

Dieses Gesetz zielt nach den Ausführungen im einleitenden Teil des Referentenentwurfes darauf ab,

- **auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen,**
- **Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der Vertragsärztlichen Versorgung weiter zu flexibilisieren und zu verbessern, dies beinhaltet die Förderung der Versorgungsorientierung der Vergütungsregelungen sowie die angemessene Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen,**
- **den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen, um so die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsalltag zu verbessern; dazu zählen insbesondere, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verringern**
- **Innovationen in der Versorgung und die Versorgungsforschung durch die Schaffung eines dafür vorgesehenen Fonds verstärkt zu fördern,**
- **Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern, z.B. auf die Einholung einer Zweitmeinung vor bestimmten Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation,**
- **die Gestaltungsspielräume der Krankenkassen insbesondere beim Abschluss von Verträgen im Wettbewerb zu vergrößern,**
- **die Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse zu stärken.**

Positiv zu bewerten aus Sicht des VLK sind die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zum Bestandsschutz der bislang erfolgten Zulassungen von Krankenhäusern zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und die Einrichtung eines – allerdings mit 300 Millionen € zu knapp bemessenen – Innovationsfonds für neue Versorgungsformen.

Die übrigen, für den Bereich der stationären Versorgung relevanten im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen sind nach Einschätzung des VLK eher zurückhaltend bis negativ zu kommentieren. Sie werden nachfolgend erläutert und bewertet.

Änderung des § 116a SGB V(Ermächtigung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung):

Der Zulassungsausschuss **muss** zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung … festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen.

Bewertung: Bislang war dies eine Kann-Bestimmung. Die Umwandlung in eine „Muss-Bestimmung“ ändert hieran nicht wirklich viel: gem. § 116a SGB V bedingt eine solche Ermächtigung im Vorfeld die Feststellung der Unterversorgung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Dieser Landesausschuss ist paritätisch mit Mitgliedern der Ärzteschaft und der Krankenkassen besetzt. Ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder gehören gem. § 90 SGB V ebenfalls zu diesem Gremium. Eine Regelung über die erforderliche Stimmenmehrheit bei entsprechenden Beschlüssen der Landesausschüsse ist in § 90 SGB V nicht vorgesehen. Hier wird vielmehr vermerkt, dass das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates und nach Anhörung der KBV und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere über die Amtsführung bestimmt.

Aus all dem folgt, dass die Feststellung der Unterversorgung durch den Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen als zwingende Voraussetzung für die verpflichtende Erteilung der Ermächtigung für Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung relativ unrealistisch bleibt, zumindest wird sie sich vom zeitlichen und organisatorischen Ablauf her

nicht einfach gestalten. Es geht ja schließlich um die vertragsärztliche Besitzstandswahrung!

Neuer § 75 Abs. 1a SGB V (Zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung):

Der Gesetzestext sieht vor, dass die Terminservicestellen den Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer zu vermitteln haben. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf 4 Wochen nicht überschreiten. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin innerhalb dieser Frist vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

Bewertung: Auf den ersten Blick scheint diese Vorschrift geeignet, ausufernde Wartezeiten für Facharzttermin-Behandlungen zu reduzieren.

Liest man aber das „Kleingedruckte" im Gesetzestext, dann wird deutlich, dass ein zugelassenes Krankenhaus nur dann anzubieten ist, wenn eine Behandlung innerhalb der 4-Wochen-Frist **aus medizinischen Gründen** erforderlich ist. Die Definition der Fälle, in denen kein medizinisch begründeter Fall vorliegt, soll im Bundesmantelvertrag erfolgen. Gem. § 87 SGB V wird der Bundesmantelvertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart. Vor diesem Hintergrund erscheint es denkbar, dass die Definition der nicht medizinisch begründeten Fälle, die also keinen Anspruch auf einen Facharzttermin im Krankenhaus haben, so ausfällt, dass der Kreis der Patienten, die aus dem Dunstkreis der vertragsärztlichen Behandlung „ausreißen" können, denkbar gering bleibt. Auch hier geht es um Besitzstandswahrung!

§ 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement):

Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassungsmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Hierzu gehört nach dem Wortlaut des Referentenentwurfes auch, dass Krankenhäuser Arznei-, Verband-, Heil-und Hilfsmittel verordnen dürfen und zwar für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen.

Bewertung: Dies macht Sinn, wird aber sofort wieder konterkariert durch das „Kleingedruckte", welches besagt, dass das Nähere zur Ausgestaltung des Verordnungsrechtes der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die DKG in einem Rahmenvertrag regeln.

Damit werden auch hier wiederum Hürden aufgebaut, die dem ursprünglichen Ziel des Referentenentwurfes nach Einschätzung des VLK nicht unbedingt entsprechen.

Neuer § 27b SGB V (Zweitmeinung):

Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder auch bei einem zugelassenen Krankenhaus einzuholen.

Bewertung: Dies klingt zunächst positiv für den Patienten, wird aber wieder relativiert durch die ebenfalls im Gesetzestext vorgesehene Regelung, dass der Gemeinsame Bundesauschuss bestimmt, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung im Einzelnen beseht. Außerdem legt der Gemeinsame Bundesauschuss fest, welche eingriffsbezogenen Anforderungen an die Leistungserbringer – also auch an die Krankenhäuser, die zur Erbringung von Zweitmeinungen bereitstehen –, gestellt werden.

Damit wird auch diese zunächst sehr patientenfreundliche Vorschrift „verwässert".

Neufassung des § 117 Abs. 1 (Hochschulambulanzen):

Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten für solche Personen ermächtigt, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen.

Bewertung: Dies hört sich zunächst positiv an. Allerdings ist auch hier im Gesetzestext vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Gruppe derjenigen Patienten definiert,

Foto: © Klaus Eppele/fotolia.com

die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen.

Deswegen ist auch hier wieder anzumerken, dass der zunächst im Patientensinne positive Ansatz durch sehr wahrscheinlich einschränkende Regelungen der Selbstverwaltungspartner konterkariert wird.

Die vorstehenden Beispiele aus dem GKV-VSG lassen ein klares System erkennen: das Gesetz bekommt einen gutklingenden Titel. Die Kernvorschrift klingt ebenfalls noch aus der Sicht des Patienten vorteilhaft. Aber in den Nachsätzen und im „Kleingedruckten" werden Hürden aufgebaut, die die vorherigen positiven Aussagen wieder in Frage stellen.

Damit ist das GKV-VSG – auf den Punkt gebracht – in Teilen nichts mehr als Augenwischerei zu Lasten der Patienten.

Anschrift des Verfassers
Dipl.-Volksw. Gerd Norden
Hauptgeschäftsführer des VLK
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Positionierungen zum GKV-VSG

Referentenentwurf zum GKV-VSG

Spielräume für Versorgungsinnovationen

BKK Dachverband pflichtet Kritik an Details durch Herrn Dr. Georg Nüßlein bei

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVVersorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) sollen Hürden für sektorübergreifende Angebote abgebaut werden sowie neue Möglichkeiten für Krankenkassen geschaffen werden, auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten und Regionen ausgerichtete innovative Versorgungsansätze zu entwickeln. Der BKK Dachverband begrüßt die Zielsetzung und sieht darin eine deutliche Verbesserung des Versorgungsangebots für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung.

„Zentraler Innovationsmotor ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um die Versorgung ihrer Versicherten“, so Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands. „Das Versorgungsstärkungsgesetz gibt den gesetzlichen Krankenkassen zwar einerseits mehr Spielräume. Auf der anderen Seite werden Anreize für neue, bislang unerprobte Versorgungsansätze durch die geplante Einführung eines Zwangsgeldes in Höhe von 10 Millionen Euro bei unklar definierten Rechtsverstößen jedoch erheblich gesenkt.“ Der BKK Dachverband lehnt die geplanten finanziellen Sanktionsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden ab, da dies der Intention des Gesetzgebers widerspricht, die Hemmnisse im selektivvertraglichen Bereich abzubauen.

Zudem hat der Gesetzgeber vorgesehen, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der praktischen Umsetzung des Innovationsfonds mit einem Finanzvolumen von jährlich 300 Mio. Euro zu beauftragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in Zukunft in einem neu einzurichtenden Innovationsausschuss darüber entscheiden, welche innovativen Selektivverträge finanziell unterstützt werden. Im geplanten Innovationsausschuss beim G-BA sind nach derzeitigem Referentenentwurf die gesetzlichen Krankenkassen allerdings nicht vertreten.

„Wenn der Gesetzgeber an dem Vorschlag festhält, dem G-BA die Ausgestaltung des Innovationsfonds zu übertragen, müssen die Krankenkassen direkt beteiligt werden“, erklärt Franz Knieps.

„Die Krankenkassen wissen mit ihrem selektivvertraglichen Knowhow, welche Versorgungsprojekte am besten für ihre Versicherten sind und demnach finanziell unterstützt werden sollen.“

Von daher begrüße der BKK Dachverband, dass innerhalb der Regierungsparteien noch Diskussionsbedarf gesehen werde.

„Ich pflichte dem stellvertretenden Vorsitzenden der Unionsfraktion

Herrn Dr. Georg Nüßlein ausdrücklich bei, dass noch einmal über die Grundkonstruktion der Innovationsförderung nachgedacht werden sollte“, sagt Franz Knieps.

Das BKK Dachverband vertritt 94 Betriebskrankenkassen und vier Landesverbände. Sie repräsentieren rund zehn Millionen Versicherte.

Gesetzgeber schlägt bei Innovationsförderung falschen Weg ein

Der GKV-Spitzenverband teilt die in der FAZ geäußerten Kritik an den Plänen im GKVVersorgungsstärkungsgesetz zum Aufbau eines Innovationsfonds.

„Das Ziel des Gesetzgebers, neue Versorgungsformen zu fördern, ist richtig, der im Gesetzentwurf skizzierte Weg dahin jedoch falsch. Danach soll künftig der Gemeinsame Bundesausschuss entscheiden, für welche Projekte einzelne Krankenkassen ihr Geld ausgeben sollen. Dass der Gemeinsame Bundesausschuss einen Rahmen in Form von Förderkriterien vorgibt, steht außer Frage. Die Entscheidungskompetenz über eine Einzelförderung bedeutet jedoch eine Abkehr vom Prinzip, die Versorgung durch die Vertragspartner zu gestalten. Dies umso mehr als in dem geplanten Innovationsausschuss systemwidrig auch das Bundesgesundheitsministerium vertreten sein soll. Diese Konstruktion widerspricht sowohl dem Prinzip der Selbstverwaltung als auch dem Wettbewerbsgedanken. Die inhaltliche und wissenschaftliche Bewertung der Anträge sollte durch einen unabhängigen Expertenrat erfolgen. Auf dieser Grundlage kann der Gemeinsame Bundesausschuss dann in der heutigen Besetzung entscheiden.

Ebenfalls unverständlich ist der geplante Aufbau eines Sondervermögens beim Bundesversicherungsamt, um die Finanzmittel für den Innovationsfonds zu verwalten. Das könnte sparsamer und effektiver mit dem Umlageverfahren der Kassen organisiert werden. Damit blieben die Beitragsgelder auch vor dem Zugriff Dritter geschützt. Es ist ansonsten zu befürchten, dass ein solches Sondervermögen Begehrlichkeiten der Politik weckt und schlussendlich Beitragsgelder für andere Sonderaufgaben verwendet werden. Zusätzlich sollte sichergestellt werden, dass die Finanzmittel nur in dem Umfang erhoben werden, wie sich der Bedarf aus den bewilligten Förderbescheiden ergibt“, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

Stellungnahme des IQWiG

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nimmt zu den aufgeführten Aspekten die Neuregelungen betreffend wie folgt Stellung:

Stellungnahme zum neuen § 92 b SGB V

In Absatz 4 wird unter Nummer 3 festgelegt, dass der Innovationsausschuss und seine Geschäftsstelle zuständig sind für die „Einholung eines Zweitgutachtens, insbesondere durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a oder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a“.

Es ist aus der Formulierung unklar, ob es sich hierbei um eine „Kann“- oder eine „Muss“-Regelung handelt oder handeln soll.

Es ist aus den Aufgaben und dem Selbstverständnis der beiden genannten Institutionen heraus naheliegend, dass dieses Zweitgutachten ein Gutachten wäre, das die Versorgungsrelevanz des zu begutachtenden Antrags sowie – mindestens bei Anträgen zur Versorgungsforschung – vor allem die wissenschaftliche Qualität des Antrags bewertet. Da es sich hier um ein Zweitgutachten handeln soll, muss es bereits eine wissenschaftliche Erstbegutachtung gegeben haben.

Eine solche Erstbegutachtung ist in Absatz 4 Nummer 2 angedeutet, es bleibt allerdings unklar, wer dieses Gutachten erstellt. Das IQWiG schlägt daher folgende Ergänzung in Absatz 4 Nr. 2 vor:

„Für Anträge zur Versorgungsforschung etabliert die Geschäftsstelle eine unabhängige, wissenschaftliche Gutachterkommission, die die wissenschaftliche Erstbegutachtung der Anträge vornimmt."

Ein solches Begutachtungsverfahren ist internationaler Standard. Es sollte in der Begründung ergänzend dargelegt werden, dass sich das Begutachtungsverfahren an vergleichbaren Verfahren (Forschungsförderung durch BMBF oder DFG) orientiert. Details zum Prozess der Gutachterauswahl sowie Form und Dauer ihrer Benennung sind in der Verfahrensord-nung zu regeln.

Stellungnahme zum neuen § 137h SGB V

Das IQWiG begrüßt den Vorschlag, eine systematische frühe Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen einzuführen.

Um den Erfolg der neuen Regelungen sicherzustellen, bedarf es nach Auffassung des IQWiG einiger Modifikationen. Dies betrifft:

1. **die Anbindung an die Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (sog. NUB-Anträge),**
2. **die Bearbeitungsfristen**
3. **das Kriterium eines „neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzepts" und die Abgrenzung zwischen neuen und bereits etablierten medizinischen Verfahren,**
4. **die Durchführung der Erprobung.**

Zu 1.

Der Entwurf sieht vor, die frühe Nutzenbewertung an Anfragen nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes zu binden. Das IQWiG erkennt an, dass dies derzeit möglicherweise das am besten praktikable Vorgehen darstellt. Es hat allerdings den gravierenden Nachteil, dass das Kriterium des Risikos eines Medizinproduktes durch das Kriterium der höherpreisigen Erstattung ersetzt oder mindestens überlagert wird. Methoden mit einem „besonders invasiven Charakter des Eingriffs" (aus der Begründung des Gesetzentwurfs) entgehen so der Bewertung, wenn keine Anfrage erfolgt. Selbst Methoden, die ein „neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept" aufweisen (s.u.), würden nicht systematisch geprüft. Das Verfahren ist offensichtlich sehr strategieanfällig.

Auch wenn die Anfrage nach § 6 KHEntG als Aufgreifkriterium vorläufig praktikabel scheint, sollte deutlicher werden, dass das Verfahren selbst nicht dem Vorgehen für NUB-Anfragen beim InEK folgt, sondern ein eigenständiges Verfahren darstellt. Ein besonderes Problem ist dabei, dass die Bewertungen nach dem Stichtag für NUB-Anfragen (31.10.) kumulieren werden. Es sollte daher deutlicher werden, dass Krankenhäuser ein Interesse daran haben, Anfragen frühzeitig zu stellen, um so die Vergütung von Leistungen im Rahmen einer Erprobung sicher zu stellen.

Als Alternative zu einer Anbindung an den NUB-Antrag als Aufgreifkriterium möchte das IQWiG den Vorschlag für ein zweistufiges Verfahren skizzieren, das eine Reihe von Vorteilen bietet.

In der ersten Stufe zeigt der Hersteller eines Medizinprodukts der Risikoklassen IIb und III, das Bestandteil einer Methode ist, die erstmalige Verfügbarkeit auf dem deutschen Markt beim Gemeinsamen Bundesausschuss an. Diese Anzeige soll nur wenige Informationen enthalten, um den Aufwand für die Hersteller gering und die Schwelle für eine Anzeige möglichst niedrig zu halten. Die Anzeige soll Informationen über das Produkt, den Anwendungsbereich sowie zu der Methode enthalten, deren maßgeblicher Bestandteil das Medizinprodukt ist.

Für die Anzeige wird keine ausdrückliche Verpflichtung vorgesehen, jedoch könnte eine Anfrage nach § 6 KHEntG an eine vorher erfolgte und bearbeitete Anzeige (d.h. Einleitung der Stufe 2) gebunden werden.

Der G-BA prüft die Anzeigen und leitet die Stufe 2 ein.

Falls die mit dem Medizinprodukt genannte Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, insbesondere weil das für die Methode erforderliche Medizinprodukt technisch oder klinisch nicht äquivalent zu anderen für die Methode maßgeblichen Medizinprodukten ist (s. Kommentar unten), fordert der G-BA den Hersteller auf, in angemessener Frist Unterlagen für eine frühe Nutzenbewertung vorzulegen. Die Kriterien zur Bewertung sowie die Konsequenzen bzgl. einer Erprobung entsprechen denen des jetzigen Entwurfs.

Falls die mit dem Medizinprodukt genannte Methode kein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, insbesondere weil […], beendet der G-BA die Stufe 2 mit einer entsprechenden Mitteilung an den Hersteller.

Dieses Vorgehen hat gegenüber dem derzeitigen Entwurf folgende Vorteile:

Es unterstützt eine systematische Erfassung und Bewertung (die konsequent allerdings nur durch eine Anzeigepflicht zu realisieren wäre).

Es verhindert eine Kumulierung von Bewertungen in Zusammenhang mit der Frist für NUB-Anfragen.

Es verhindert eine Kumulierung von Bewertungen in Zusammenhang mit der Frist für NUB-Anfragen.

Es erhöht die Berechenbarkeit des Prozesses, des Zeitpunkts und der Folgen einer Bewertung für die Hersteller erheblich.

Bei einem ausreichenden Vorlauf können die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung bereits bei der Anfrage eines Krankenhauses vorliegen und ermöglichen auch diesen eine höhere Planungssicherheit.

Zu 2.

Eine frühe Nutzenbewertung, die – im Gegensatz zu den Potenzialbewertungen nach § 137e – zu positiven Aussagen zum Nutzen führen kann, ist innerhalb der gesetzten Fristen kaum zu realisieren. Die Erfahrungen aus den Potenzialbewertungen nach § 137e zeigen zudem, dass die Qualität der eingereichten Unterlagen nicht an den Standard bei Dossierbewertungen (§ 35a) heranreicht. Daher wird das IQWiG vor Entscheidungen über eine Erprobung vom G-BA regelhaft mit ergänzenden Recherchen beauftragt. Für die beiden Fälle nach Abs. 1 Satz 3 Nr. 1. und Nr. 3. werden immer eigene Recherchen erforderlich sein, zumal die Regelungen leider keinerlei Verpflichtung zur Vorlage vollständiger Unterlagen enthalten.

Das IQWiG schlägt daher vor, die Fristen für den G-BA (und damit im Falle der Beauftragung für das IQWiG) an die Fristen der Dossierbewertungen anzugleichen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt auf Grundlage der übermittelten Informationen (und ggf. eigener Recherchen) innerhalb von sechs Monaten eine Bewertung vor, ob…“

Zu 3.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB), bei denen Hochrisikomedizinprodukte angewandt werden und für die eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gestellt wurde, nur dann bewertet werden, wenn die Methode „ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept“ aufweist. Dieses Kriterium ist überaus unscharf. Es ist daher zu erwarten, dass die Prüfung dieses Kriteriums kritische Hochrisikomedizinprodukte nicht sicher identifizieren kann. Gerade die in der Gesetzesbegründung genannten Beispiele (Herzschrittmacher, Hüftprothesen und Defibrillatoren) haben gezeigt, dass schon geringfügige Produkt-Variationen zu schädlichen Medizinprodukten führen können. Beispielhaft anführen lassen sich hier Hüftendoprothesen mit Metallabrieb und Defibrillatoren mit Elektrodenbrüchen. Auch die vom IQWiG vor kurzem bewerteten intrakraniellen Stents könnten bei einer sehr weiten Auslegung des „theoretisch-wissenschaftlichen Konzepts“ (Aufweitung von Gefäßen) als „nicht neu“ gegenüber Stents der Halsschlagader oder gar an den Herzkranzgefäßen eingestuft und so einer Bewertung entzogen werden, obwohl es sich um eine neue Indikation handelt, mit deren Anwendung ein relevantes Risiko einhergeht und für die ein Nutzen nicht belegt ist.

Das Kriterium des „neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzepts“ ist einerseits zentral, zugleich aber sehr unscharf. Deshalb sind bzgl. der Auslegung erhebliche Konflikte sowohl innerhalb des G-BA als auch mit den Krankenhäusern und Herstellern der betroffenen Medizinprodukte zu erwarten.

Zur Konkretisierung dieses ansonsten nicht praktikablen Kriteriums ist es daher sinnvoll zu prüfen, ob die bewertungsrelevante Methode / das Medizinprodukt vergleichbar ist zu ggf. anderen Methoden / Medizinprodukten, die in derselben medizinischen Indikation eingesetzt werden. Durch das Hinzufügen des Kriteriums der technischen und klinischen Äquivalenz könnte die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Bewertung nach §137h präzisiert und vereinfacht werden. Dass dieses Kriterium sehr gut handhabbar ist, belegt die Bewertung von Hilfsmitteln zum Eintrag in das Hilfsmittelverzeichnis (§ 139), wo ein solches Kriterium als erster Prüfungsschritt herangezogen wird. Auch das diesjährige Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen hatte technische und klinische Äquivalenz als maßgebliche Kriterien in der Bewertung neuer Hochrisikomedizinprodukte bzw. neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden empfohlen.

Das IQWiG schlägt daher vor, §137h Absatz 1 Satz 2 wie folgt zu ändern:

Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf, insbesondere weil das für die Methode erforderliche Medizinprodukt technisch oder klinisch nicht äquivalent zu anderen für die Methode maßgeblichen Medizinprodukten ist, gibt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im In-

ternet allen Krankenhäusern, die eine Erbringung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vorsehen, sowie den jeweils betroffenen Medizinproduktehersstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne von Satz 1 an ihn zu übermitteln.

Zu 4.

In §137h Absatz 3 wird festgelegt, dass bei Vorliegen von Potenzial die Teilnahme an der Erprobung nach §137e die Voraussetzung dafür ist, dass Krankenhäuser eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit Hochrisikomedizinprodukten vergütet bekommen. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass „der Gemeinsame Bundesausschuss verschiedene Formen der Beteiligung an der Erprobung vorzusehen" hat. Krankenhäusern soll es so ermöglicht werden, sich entweder an einer geeigneten Studie zum Nutzennachweis (meist randomisierte kontrollierte Studien, RCT) oder aber an einer Beobachtungsstudie zu beteiligen. Hierbei soll die Beobachtungsstudie „flankierende Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit liefern".

Die Erprobung hat nur ein Ziel: Für eine Methode, für die ein Potenzial festgestellt wurde, den fehlenden Nutzennachweis zu liefern. Für ein solches Ziel ist die Durchführung aussagefähiger Studien notwendig.

Sowohl wissenschaftlich und klinisch als auch vom Ziel der gesetzlichen Regelung her erscheint es daher nicht nur sinnvoll, sondern notwendig, dass die Teilnahme an der Erprobung primär über eine Beteiligung an der Studie zum Nutzennachweis definiert wird.

Da Absatz 3 zudem vorsieht, dass die Erprobung in der Regel in 3 Jahren abzuschließen ist, bedeutet dies, dass Anreize gesetzt werden müssen, dass Krankenhäuser sich prioritär an den aussagefähigen Studien beteiligen. Optionen, sich an anderen Teilen der Erprobung zu beteiligen, sind deshalb kontraproduktiv, umso mehr, als die „flankierenden Daten" nur im Abgleich mit den Ergebnissen der für den Nutzennachweis geeigneten Studien einen Wert haben und verwendet werden können. Insofern unterläuft die Verfügbarkeit der neuen Methode an Krankenhäusern, die sich lediglich an den Beobachtungsstudien beteiligen, das eigentliche Ziel der Erprobung.

Das IQWiG schlägt daher vor, §137h Abs. 3 Satz 2 wie folgt zu präzisieren:

„Krankenhäuser, die die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen, insbesondere an einer geeigneten Studie zum Nutzennachweis gemäß den in der Erprobungsrichtlinie formulierten Eckpunkten."

Damit das Ziel der Erprobung erreicht werden kann, sollten Krankenhäuser einen Mindestanteil der für die Methode in Frage kommenden Patienten in aussagefähige Studien zum Nutzennachweis (in der Regel RCT) einbringen. Die Begründung wäre dementsprechend anzupassen.

Stellungnahme zur neuen Nr. 7 des § 139a Abs. 3 SGB V

Das Institut begrüßt die Ergänzung in Punkt 7, die die Beteiligung an internationalen Projekten klar stellt. Eine solche Regelung ist insbesondere im Hinblick auf die Aktivitäten zu einer europäischen Harmonisierung notwendig.

Stellungnahme zum neuen Absatz 5 des §139b SGB V

Dem Institut wird hier die Aufgabe übertragen, HTA-Berichte zu Themen zu erstellen, die weder als Aufträge vom G-BA noch vom BMG erteilt werden. Das Institut wird sich dieser Aufgabe mit Engagement widmen und begrüßt die explizite Orientierung an „für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsamen Vorschlägen". Wir empfehlen allerdings, bei dem Bezug zum § 139a Absatz 3 Nummer 1 und 2 SGB V ein **„insbesondere"** einzufügen, damit auch weiterhin versorgungsrelevante Themen der Gesundheit der Bevölkerung, jenseits des Aufgabenbereichs der Gesetzlichen Krankenversicherung, im Rahmen von HTA-Berichten bearbeitet werden können.

Weiterhin nehmen wir an, dass der Gesetzgeber für die Bearbeitung dieser HTA-Berichte von der bewährten Beteiligung externer Sachverständiger gemäß § 139b Absatz 3 SGB V ausgeht. Dies wird das Institut umso mehr in die Lage versetzen, auch einem mehrdimensionalen Ansatz von HTA (Berücksichtigung von ethischen, soziokulturellen und rechtlichen Aspekten) in gebührender Weise Rechnung zu tragen.

Auch wenn der entstehende Mehraufwand lt. Gesetzesbegründung „insbesondere davon ab[hängt], in welchem Maße die Möglichkeit, Vorschläge zu solchen Bewertungen einzu-reichen, von Versicherten und interessierten Einzelpersonen genutzt wird und wie komplex die zu bearbeitenden Fragestellungen sein werden", wäre es für die weitere Ausgestaltung hilfreich, in die Begründung zumindest einen Anhaltspunkt für die Zahl der erwarteten HTA-Berichte aufzunehmen.

W. Armbruster, D. Kubulus, T. Schlechtriemen, J. Adler, M. Höhn, D. Schmidt, S. Duchêne, P. Steiner, T. Volk, M. Wrobel

Verbesserung der Notarztausbildung durch Simulatortraining

Betrachtung anhand des Modellprojekts „NASimSaar25“

Die präklinische Versorgung von Notfallpatienten unterscheidet sich in vielen Aspekten von der innerklinischen Notfallversorgung. Die Weiterbildung im Rahmen der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin sollte versuchen, diesem Umstand gerecht zu werden. Um den zukünftigen Notarzt auf seine kommenden Aufgaben besser vorzubereiten, wurde im Saarland unter dem Namen „Notarztausbildung am Simulator im Saarland anhand von 25 Übungseinsätzen (NASimSaar25)“ ein Konzept erarbeitet, das es durch eine Änderung der Weiterbildungsordnung ermöglicht, 25 Notarzteinsätze im Rahmen eines simulationsgestützten Trainingsprogramms zu durchlaufen.

Hintergrund

Die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist durch die Empfehlungen in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (BÄK, Infobox 1) geregelt. Die Musterweiterbildungsordnung wird von den einzelnen Landesärztekammern gemäß den regionalen Gegebenheiten und den jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzen modifiziert. Um die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin zu erreichen, ist keine Facharztqualifikation nötig. Das bedeutet, dass Notärzte schon während der Weiterbildung zur Erlangung einer Fachgebietsbezeichnung eigenverantwortlich tätig sind. Und dies in einem Umfeld, das sich fernab jeglicher klinischer Routine befindet und in dem der verantwortliche Notarzt zum größten Teil auf sich allein gestellt ist. Im Einsatzgeschehen können Patienten jeglichen Alters und Notfälle aus jedem Fachgebiet auf den notärztlich tätigen Kollegen zukommen. Hierbei ist herauszustellen, dass der Anteil der Notfallpatienten im höheren Lebensalter zunimmt, während die Versorgung von Patienten im Kindes- und Säuglingsalter im notärztlichen Alltag eher selten vorkommt [2, 18]. Bezüglich des Einsatzspektrums zeigt sich, von regionalen Besonderheiten (alpine Luftrettung o. Ä.) abgesehen, eine Dominanz von Notfällen aus dem internistisch-neurologischen Fachbereich. Der Anteil traumatologischer Patienten, die einer notärztlichen Behandlung bedürfen, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Diese hatten im Saarland 2013 einen Anteil von 13,3% an der versorgten Gesamtpatientenzahl; im Bundesdurchschnitt dürfte die Zahl zwischen 10 und 20% betragen [2, 17]. Die Versorgung eines Polytraumas ist saarlandweit mit ca. 4/Jahr und Notarztstandort noch seltener [17]. Eine Besonderheit stellt sicherlich die Luftrettung dar; hier ist der Anteil der schwer erkrankten und traumatisierten Patienten höher [6, 7]. Ebenso ist der Anteil pädiatrischer Notfälle höher als im bodengebundenen Notarztdienst [1, 18]. Die notärztlichen Aufgaben werden in der Regel von Ärzten der Fachgebiete innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie wahrgenommen. Die Facharztquote betrug im Saarland 2012 etwa 55%, in Baden-Württemberg

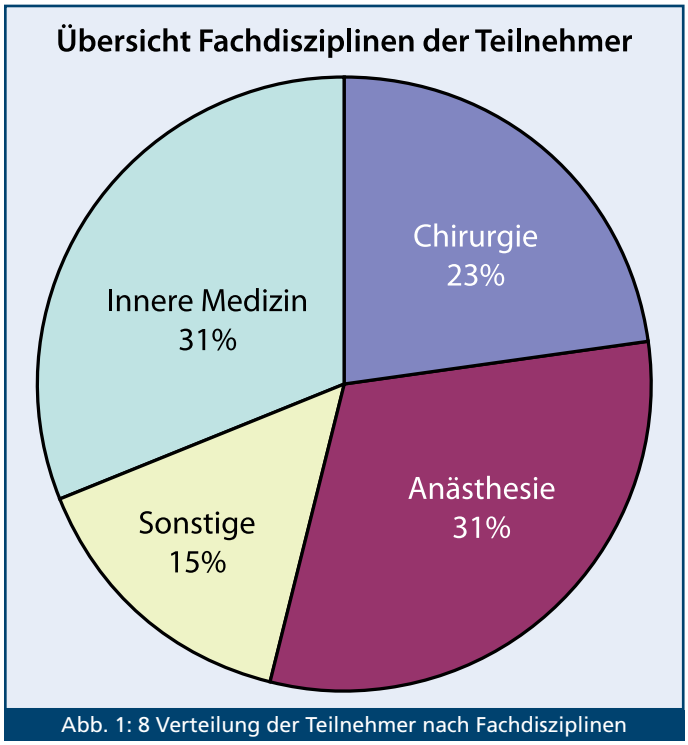


Abb. 1: 8 Verteilung der Teilnehmer nach Fachdisziplinen

2008 68% [11, 17].

Unter diesen Gesichtspunkten stellt sich die Frage, inwiefern eine realitätsnahe praktische Weiterbildung für Ärzte zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin sichergestellt werden kann. Zu diesem Zweck fordert die Bundesärztekammer in ihrer Musterweiterbildung die dokumentierte Teilnahme an 50 Notarzteinsätzen (luft- oder bodengebunden) unter der Aufsicht eines verantwortlichen Notarztes. Ob aber innerhalb der 50 Einsätze die Breite des notärztlichen Handelns und Alltags genügend abgebildet werden kann, ist fraglich. Gerade die Häufigkeiten von schwerwiegenden Erkrankungen und Verletzungen sowie, daraus resultierend, die Anwendung von invasiven Techniken, sind v. a. im bodengebundenen Notarztdienst sehr gering [7]. Daraus lässt sich ableiten, dass bei vielen Diagnosen die Chance, sie in der Praxis unter der Führung eines erfahrenen Notarztes abarbeiten zu können, sehr gering ist. Zum anderen ist zu diskutieren, ob in diesen Situationen nicht im Interesse des Patienten der Tutor die Versorgung übernehmen muss. Ebenso verhält es sich mit den invasiven Techniken wie Intubation sowie dem Anlegen von Thoraxdrainage und intraossärem Zugang.

Ein weiterer Gesichtspunkt, der nicht übersehen werden darf, ist die Zeit, die zur Erfüllung der Vorgabe von 50 Einsatzmitfahrten benötigt wird. Gerade in Gebieten mit geringem Einsatzaufkommen kann sich die Zeit bis zum Erreichen der 50 Einsätze über mehrere Monate hinziehen. In dieser Zeit steht der Notarztpraktikant, sofern er die Einsätze während der Arbeitszeit sammeln darf, seinem Arbeitgeber nur eingeschränkt zur Verfügung. Die Bereitschaft, die Einsätze während der Freizeit zu sammeln, nimmt dagegen immer mehr ab. Aufgrund der oben genannten Probleme wurde im Saarland nach einer praktikablen Lösung zur Verbesserung der praktischen Ausbildung gesucht, die deren Dauer nicht verlängert. Ein innovatives Konzept, das in den letzten Jahren in die medizinische Ausbildung Einzug gehalten hat, ist die Vermittlung von medizinischem Wissen und „soft skills“ durch simulationsgestützte Trainings. Hierbei ist es möglich, zeitkritische und komplexe Notfallszenarien, die in ihrem Schwierigkeitsgrad beliebig verändert werden können, zu trainieren. Die Wirksamkeit von Lerneinheiten im Simulator zur Verbesserung von Fachwissen und Fehlerreduktion wurde für verschiedene Bereiche der Akutmedizin bereits nachgewiesen [10, 16, 20, 21, 22]. Das Konzept des simulationsbasierten Lernens nimmt auf die Lernmotivation und Lernzufriedenheit der Teilnehmer einen positiven Einfluss [9]. Gleichzeitig ist es aber auch möglich, über Simulation einen entsprechenden Stresslevel aufzubauen, der realen Notfallsituationen entsprechen kann [8]. Somit erscheinen Simulatortrainings geeignet, die notfallmedizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verbessern. Aus diesem Grund wurde im Saarland das Modelprojekt

Infobox 1

Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

- Voraussetzung: Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich für 24 Monate
- Weiterbildungszeit: 6-monatige Weiterbildung in Anästhesie, Intensivmedizin oder Notaufnahme
- 80 h Kursweiterbildung in allgemeiner und spezieller Notfallmedizin
- Teilnahme an 50 Notarzteinsätzen in Notarztwagen oder Rettungshubschrauber unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes
- Abschließende Prüfung vor dem Prüfungsausschuss der zuständigen Landesärztekammer

Infobox 2

Änderungspunkte der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Saar

- Möglicher Ersatz von 25 Hospitationen im Notarztdienst durch bis zu 25 Szenarien im Rahmen eines Simulatortrainings
- Voraussetzung zum Beginn der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Notfallmedizin: Weiterbildung in einem Gebiert der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich für 18 Monate sowie zusätzlich 6-monatige Weitebildung in Anästhesie, Intensivmedizin oder Notaufnahme

Infobox 3

Inhalte des Lern- und Ablaufplans Szenarien

- Beschreibung des Szenarios
- Benötigtes Material und Örtlichkeit
- Alarmierungstext, Informationen für das Rettungsteam
- Vitalparameter bei Simulationsbeginn, Entwicklung der Szenarien in Abhängigkeit von den getroffenen Maßnahmen
- Definition der Lernziele

„Notarztausbildung am Simulator im Saarland anhand von 25 Übungseinsätzen (NASimSaar25)“ initiiert.

Aufbau und Durchführung des Kurses

Um das Projekt NASimSaar 25 zu ermöglichen und einen Teil der als Notarztpraktikant zu erbringenden Notfalleinsätze durch Simulationsszenarien ersetzen zu können, war es notwendig, die Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin im Saarland zu ändern. Die Ärztekammer des Saarlandes, die schon früh in die Planungen zu diesem Projekt integriert war, änderte schließlich im April 2011 die Weiterbildungsordnung in 2 wesentlichen Punkten. Im Januar 2012 stimmte die Landesregierung des Saarlandes der Änderung zu, und die neue Weiterbildungsordnung konnte in Kraft treten (Infobox 2). Diese sieht eine Verkürzung der Weiterbildungszeit um 6 Monate vor, und die rechtlichen Grundlagen für die Anrechnung des Simulationstrainings im Zuge der Weiterbildung sind nun gegeben.

Das Konzept des Simulationstrainings für angehende Notärzte NASimSaar 25 sieht vor, dass die Teilnehmer an 3 Tagen je 8 bis 9 Fallszenarien abarbeiten. Die Teilnehmerzahl pro Kurs wurde mit 12 bewusst klein gehalten, um das optimale Verhältnis zwischen Tutor und Teilnehmer zu erhalten. So hat jeder Teilnehmer die Chance, mindestens 4 Szenarien als verantwortlicher Notarzt zu durchlaufen. Pro Szenario wird mit einem Zeitaufwand von ca. 60 min gerechnet (25 min „On-scene“-Zeit, 5 min Rüstzeit und 30 min für die Nachbesprechung). Die Nachbesprechung erfolgt als „hot debriefing“ sofort nach Ende der Simulation z. T. unter Zuhilfenahme von Videoaufnahmen. Der Schwerpunkt der Nachbesprechung liegt sowohl auf den medizinischen Themen und Lernzielen, als auch im Bereich der Soft skills und des Crew Resource Management (CRM). Die Beigleitung durch die Szenarien und die Nachbesprechung erfolgen durch jeweils 2 Tutoren mit langjähriger Erfahrung in Anästhesiologie und Notfallmedizin (Facharzt-/Oberarztstatus) und langjähriger Simulationserfahrung. So ist gewährleistet, dass die Nachbesprechungen gemäß den anerkannten Grundsätzen für Debriefing ablaufen [4] und wichtige CRM-Grundsätze wie Kommunikation, „leadership“, Kooperation, Fehlermanagement

Abb. 2: Versorgung eines Patienten am Simulationszentrum des Universitätsklinikums Homburg. (Foto: Notfalltrainings- und Simulatorzentrum, Universitätsklinikum Homburg)

Abb. 3: Schwerbrandverletzter simuliert durch Mimen in der RettArena®. (Foto: Rettungsdienstschule Saar, St. Ingbert)

etc. vermittelt werden [14, 15]. Der größte Teil der Tutoren ist im präklinischen Bereich in internationalen Kurskonzepten [European Resuscitation Council (ERC), Advanced-Life-Support(ALS)-Kurs, TraumaManagement®, Advanced Trauma Life Support (ATLS®), Prehospital Life Support (PHTLS®), European Pediatric Life Support (EPLS)] zertifiziert bzw. als Instruktor oder Kursdirektor tätig.

Während der Szenarien arbeiten die Teilnehmer mit den im saarländischen Rettungsdienst gebräuchlichen Materialien und Medizinprodukten. Für Szenarien im Freien wird ein Rettungswagen vorgehalten, um möglichst realistische Einsatzbedingungen zu erhalten und ein In-situ-Training zu ermöglichen, was den Lerneffekt und die Realitätsnähe noch verstärkt [12, 20, 21]. Der NASimSaar25-Kurs ist örtlich zweigeteilt. Die ersten beiden Tage werden im Simulationszentrum der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg absolviert. Das Simulationszentrum ist den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI, [5]) entsprechend ausgestattet. An diesen beiden Tagen werden Notfallsituationen im Bereich innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Gynäkologie und Pädiatrie behandelt (Abb. 2). Der dritte und letzte Tag findet in der RettungsArena® der Rettungsdienstschule Saar in St. Ingbert statt. Hier liegt der Schwerpunkt auf Szenarien aus dem traumatologischen Formenkreis (Abb. 3).

Zu jedem Szenario wurde ein Lern- und Ablaufplan etabliert, der die Eckpunkte und Lernziele umfasst (Infobox 3) und den Tutoren zur Vor- und Nachbereitung der Simulation zur Verfügung steht. Die Szenarien werden entweder an „Fullscale"-Simulatoren oder, wenn möglich, an Mimen (Mitglieder des Simulationsteams oder der realistischen Unfalldarstellung Saarlouis, RUD) abgearbeitet. Die Teilnehmer der Simulation werden in 2 Gruppen mit je 6 Personen unterteilt. Die 6er-Gruppe besteht aus einem Notarztteam [Notarzt und Rettungsassistent (RA) als Besatzung des Notarzteinsatzfahrzeugs (NEF) sowie 2 RA als Rettungswagenbesatzung (RTW)], die zeitlich versetzt in das Szenario geschickt werden. Alarmierung und Kommunikation mit der Leitstelle erfolgen über 2-m-Handfunkgeräte, um Lernelemente aus dem Bereich Einsatztaktik und Funkverkehr miteinzubringen. Die verbleibenden 2 Teilnehmer der Gruppe beobachten das Szenario im Hinblick auf die korrekte medizinische Behandlung als auch unter CRM-Gesichtspunkten. Am Ende des Szenarios erhält der verantwortliche Notarzt 5 min Zeit, um den Einsatz auf einem Notarztprotokoll zu dokumentieren. Der Einstieg in die Nachbesprechung erfolgt mit einer simulierten Übergabe des Patienten durch den Notarzt an den Klinikarzt.

Die Kosten für den Kurs belaufen sich für den Teilnehmer auf im Moment 900 €. Hiervon übernimmt der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung als Träger des bodengebundenen Rettungsdiensts im Saarland ein Drittel, wenn der Notarzt seine Tätigkeit im saarländischen Rettungsdienst beginnt. Ein großer Teil der saarländischen Krankenhäuser subventioniert den Kurs mit einem weiteren Drittel, sodass die Weiterbildungsmaßnahme für die meisten angehenden Notärzte mit einem weiteren Drittel der Kosten als Eigenanteil verbleibt.

Diskussion

Ziel der Bemühungen im Saarland ist es, eine qualitativ hochwertige und dennoch praktikable notfallmedizinische Ausbildung zu etablieren. Im Gegensatz zu ähnlichen Kursen und Konzepten, die als Modellprojekte vorgestellt wurden [13, 19], ist dieser Kurs bereits in die ärztliche Weiterbildungsordnung integriert. Dies ist bundesweit erstmalig der Fall.

Wie schon berichtet, wurde die Weiterbildungsordnung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin in 2 Punkten geändert. Zum einen wurden Simulatorszenarien integriert, zum anderen die Weiterbildungszeit um 6 Monate gekürzt. Dies kann durchaus kritisch gesehen werden, da diese Zeit der klinischen Erfahrung dem angehenden Notarzt fehlt und die Gefahr besteht, das tendenziell klinisch unerfahrenere Ärzte in den Notarztdienst integriert werden. Das Erfahren und Erleben von klinischen Krankheitsbildern im ärztlichen Alltag kann durch ein Simulatortraining nicht ersetzt werden.

Ein weiterer Kritikpunkt kann darin gesehen werden, dass die 25 Simulationsszenarien anstatt der Praktikumseinsätze abgeleistet werden können und so statt der geforderten 50 Einsatzmitfahrten nur noch 25 erbracht werden müssen. Inwiefern sich diese praktische Erfahrung vor Ort, zumindest z. T., durch Simulation widerspiegeln lässt, ist sicherlich fraglich. Das Begleiten von Notarzteinsätzen unter der Führung eines Tutors ist auch weiterhin unabdingbar, um Menschen, Material und Besonderheiten des Rettungsdienstbereichs kennenzulernen. Wie viele Einsätze dazu nötig sind, kann im Moment

nicht hinreichend beantwortet werden. Ein Simulatortraining zusätzlich zu den geforderten 50 Einsätzen wäre vonseiten der Ausbildungsqualität zu befürworten, würde die Ausbildung allerdings wieder verlängern. Die Verkürzung der Ausbildung durch das Einsparen von 25 Einsatzmitfahrten ist einer der Gründe für den bisherigen Erfolg des Projekts, denn die Kurse sind regelhalft ausgebucht.

Eine Nachfrage nach Simulationskursen zur notfallmedizinischen Ausbildung besteht also durchaus. In den bisher abgehaltenen Kursen fand sich eine realitätsentsprechende Verteilung der Fachdisziplinen (Abb. 1). Mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren, einer durchschnittlichen klinischen Erfahrung von 3 Jahren und einer 76%igen Quote von Ärzten in Weiterbildung, entsprach das Teilnehmerfeld genau der Zielgruppe, auf die der Kurs abzielte. Nur 45% der Teilnehmer gaben an, vor dem Kurs schon einmal Erfahrung in der präklinischen Notfallmedizin gesammelt zu haben. Fast 80% hatten aber schon einen Teil ihrer Einsatzmitfahrten absolviert.

Der Kurs wurde evaluiert und v. a. im Hinblick auf die Realitätsnähe sowie die Vorbereitung auf die spätere Arbeit als sehr gut bewertet (>9 auf einer Skala von 0–10; Abb. 4). Dies unterstreicht die bisherigen Erfahrungen, das mithilfe eines Simulatortrainings sehr realistische Szenarien und Notfallsituationen nachgestellt werden können und so eine Ausbildung unter realistischen Bedingungen ermöglicht wird, ohne Auszubildende oder Patienten in Gefahr zu bringen. Der Lernerfolg wurde als Selbsteinschätzung erhoben; auch hier wurde auf einer Skala von 0–10 mit einem Durchschnitt von 9,7 ein sehr guter Wert erzielt (Abb. 4). Dies deckt sich mit Ergebnissen aus der Literatur, die dem simulatorgestützen Lernen eine gute Quote beim Lernerfolg, v. a. bei praktischen und organisatorischen Aufgaben, bescheinigen [10, 16, 22]. Wichtig ist, dass die theoretische Wissensvermittlung vorangehen sollte, da dies durch simulatorbasiertes Lernen nur unzureichend abgebildet werden bzw. durch Misserfolg zur Demotivation führen kann [3].

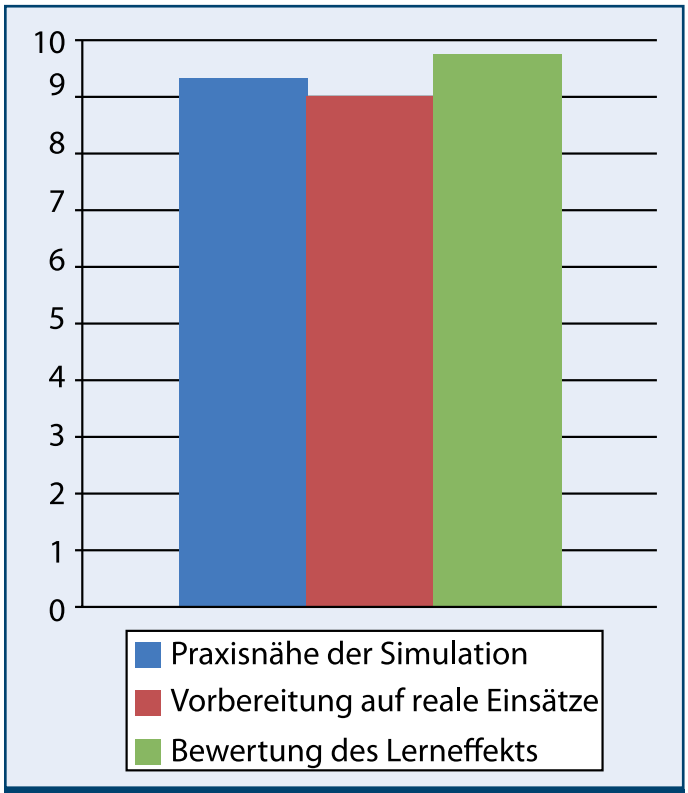


Abb. 4: Evaluation des Kurses durch die Teilnehmer im Hinblick auf Praxisnähe, Vorbereitung auf die reale Tätigkeit und den Lerneffekt auf einer Skala von 0-10 (0: sehr schlecht, 10: sehr gut)

Ein Kurskonzept wie „NASimSaar25“ ist mit relativ hohen Kosten verbunden. Diese werden über die Teilnahmegebühr an die Kursteilnehmer weitergeben. Mit 900 €/Teilnehmer ist das Kurskonzept auf den ersten Blick sicher nicht billig, unterscheidet sich aber preislich nicht von anderen mehrtägigen Kurskonzepten. Mit der im Saarland gefundenen Finanzierungslösung, bei der sich Rettungsdiensträger, Krankenhaus und Teilnehmer die Kosten teilen, ist ein gangbarer Weg gefunden worden. Ein wichtiges Argument für die Krankenhausverwaltungen zur (Teil-)Kostenübernahme ist sicher, dass der Notarztpraktikant an einem Wochenende die Hälfte seiner zu erbringenden Einsätze erhält, somit die Fehlzeiten zum Sammeln der Mitfahrten deutlich sinken und der Kollege schneller eingesetzt werden kann – in Zeiten knapper Personalressourcen eine wichtige Argumentationshilfe.

Fazit für die Praxis

Ein simulatorgestützes Kurskonzept kann eine Möglichkeit zur Verbesserung der notfallmedizinischen Ausbildung zur Erlangung der Fachkunde „Notfallmedizin“ darstellen. Das Modellprojekt „NaSimSaar25“ wurde im Saarland nach einer Änderung der Weiterbildungsordnung etabliert. Nach den ersten Kursen kann abschließend gesagt werden, dass das Konzept von den Teilnehmern sehr gut evaluiert wurde und als realistische sowie praxisrelevante Vorbereitung auf den Arbeitsalltag als Notarzt empfunden wird. Durch das Simulationstraining ist es möglich, seltene Notfallsituationen und invasive Maßnahmen unter geschützten Bedingungen zu üben sowie das eigene Tun im Rahmen des

Debriefing kritisch zu hinterfragen, was einen deutlichen Lerneffekt mit sich bringt. Aufgrund des komprimierten Formats (25 Fälle in 3 Tagen) kommt es einerseits zu einem gesteigerten Lernerfolg durch Wiederholung des Gelernten, andererseits zu einer Zeitersparnis, die dem Teilnehmer selbst, seinem Arbeitgeber und dem Träger des Rettungsdiensts zugutekommt. Inwiefern die Kurse die praktische Erfahrung bei Einsatzmitfahrten z. T. ersetzen können, ist sicher kontrovers zu beurteilen. Hier, wie auch im Bereich der theoretischen Wissensvermittlung, sind der Simulation Grenzen gesetzt. Derzeit werden im Saarland 2 Kurse mit je 12 Teilnehmern/Jahr abgehalten. Es bleibt abzuwarten, inwiefern sich die tatsächliche Nachfrage nach diesen Kursen damit bewältigen lässt, oder ob weitere Kurse benötigt werden, um den Bedarf zu decken. Sollte sich dieser Modellversuch auch in weiteren Bundesländern etablieren, ist vom steigenden Bedarf an derartigen Kursformaten auszugehen. Es ist jedoch erforderlich, dass die Kurse einen einheitlichen Qualitätsstandard nachweisen müssen, um von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannt zu werden. Dies ist zum einen an der technischen Ausrüstung („Full-scale"-Simulatoren für sämtliche Altersgruppen, realistische Trainingsumgebungen, Übungs-RTW und -NEF), aber auch an der personellen Qualifikation der Tutoren (Facharztstandard, Erfahrung im Simulationstraining, Zertifikationen) festzumachen.

W. Armbruster[1] · D. Kubulus[1] · T. Schlechtriemen[2, 3] · J. Adler[3] · M. Höhn[3, 4] · D. Schmidt[1] S. Duchêne[2] · P. Steiner[2] · T. Volk[1] · M. Wrobel[1]

[1] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikums des Saarlandes, Gebäude 57, Homburg/Saar

[2] Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Saar, Bexbach

[3] Rettungsdienstschule Saar, St. Ingbert

[4] Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Klinikum Saarbrücken

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. W. Armbruster, D. Kubulus, T. Schlechtriemen, J. Adler, M. Höhn, D. Schmidt, S. Duchêne, P. Steiner, T. Volk und M. Wrobel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben. Im Fall von nichtmündigen Patienten liegt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers vor.

Der Beitrag enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

Nachdruck aus:
Anaesthesist 2014
DOI 10.1007/s00101-014-2353-4
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Korrespondenzadresse
Dr. W. Armbruster
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikums des Saarlandes, Gebäude 57
Kirrberger Str., 66421 Homburg/Saar
Werner.Armbruster@uniklinikum-saarland.de

Literatur

1. Bernhard M, Helm M, Luiz T et al (2011) Pädiatrische Notfälle in der prähospitalen Notfallmedizin. Notfall Rettungsmed 14:554–566
2. Bernhard M, Holger T, Sikinger M et al (2006) Patientenspektrum im Notarztdienst. Was hat sich in den letzten 20 Jahren geändert? Anästhesist 55:1157–1165
3. Breuer G, Schweizer K, Schüttler J et al (2014) „Sprung ins kalte Wasser". Simulatorbasiertes Lernen in akutmedizinischen Bereichen. Anaesthesist 63:16–22
4. Diekmann P, Frijs S, Molin S, Lippert A (2009) The art and science of debriefing in simulation: ideal and practice. Med Teach 31:E287–E295
5. DGAI-Verbandsmitteilung (2002) Anforderungskatalog zur Durchführung von Simulationstrainingskursen in der Anästhesie. Anaesthesiol Intensivmed 828–830
6. Gries A, Sikinger M, Hainer C et al (2008) Versorgungszeiten bei Traumapatienten im Luftrettungsdienst. Anaesthesist 57:562–570
7. Gries A, Zink W, Bernhard M et al (2005) Einsatzrealität im Notarztdienst. Notfall Rettungsmedizin 8:391–398
8. Harvey A, Bandiera G, Nathens AB, LeBlanc VR (2012) Impact of stress on resident performance in simulated trauma scenarios. J Trauma Acute Care Surg 72:497–503
9. Laschinger S, Medves J, Pulling C et al (2008) Effectiveness of simulation on health profession students' knowledge, skills, confidence and satisfaction. Int J Evid Based Healthc 6:278–302
10. Marzano D, Frankel J, Smith SB, Adreatta P (2011) A simulation-based scenario to help prepare learners in the management of obstetric emergencies. Simul Healthc 6:364–369
11. Messelken M, Kehrberger E, Dirks B, Fischer M (2010) Notärztliche Versorgungsqualität im Baden-Württemberg. Dtsch Arztebl Int 107:523–530
12. Patterson MD, Blike GT, Nadkarni VM (2008) In situ simulation: challenges and results performance and tools. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML (Hrsg) Advances in patient safety: new directions and alternative approaches (Vol. 3: Performance and tools). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville
13. Rall M (2012) Simulation in der notärztlichen Weiterbildung. Notfall Rettungsmed 15:198–206
14. Rall M, Gaba DM (2009) Human performances and patients safety. In: Miller RD (Hrsg) Miller's anesthesia, 7. Aufl. Elsevier, Philadelphia, S 93–150
15. Rall M, Gaba DM (2009) Patient simulation. In: Miller RD (Hrsg) Millers's anesthesia, 7. Aufl. Elsevier, Philadelphia, S 151–192
16. Ruesseler M, Weinlich M, Müller MP et al (2012) Republished: simulation training improves ability to manage medical emergencies. Postgrad Med J 88:312–316
17. Schlechtriemen T, Adler J, Armbruster W et al (2013) Herausforderung Notarztdienst – Weiterbildungskonzept für ein anspruchsvolles ärztliches Tätigkeitsfeld. Saarl Arztebl 2:14–20
18. Schlechtriemen T, Masson R, Burghofer K et al (2005) Pädiatrische Notfälle in der präklinischen Notfallmedizin. Anaesthesist 55:255–262
19. Schulz C, Zanner R, Krautheim V et al (2011) Etablierung eines Simulationskurses Notfallmedizin für angehende Notärzte. Notfall Rettungsmed 14:673–677
20. Steinemann S, Berg B, Skinner A et al (2011) In situ, multidisciplinary, simulation based teamwork training improves early trauma care. J Surg Educ 68:472–477
21. Surcouf JW, Chauvin SW, Ferry J et al (2013) Enhancing residents' neonatal resuscitation competency through unannounced simulation-based training. Med Educ Online 18:1–7
22. Wheeler DS, Geis G, Mack EH et al (2013) High-reliability emergency response teams in the hospital: improving quality and safety using in situ simulation training. BMJ Qual Saf 22:507–514

Gemeinschaftsaktion gegen Ebola

Die unterzeichnenden ärztlichen Spitzenverbände haben am 16. Oktober 2014 auf Einladung der Bundesärztekammer Maßnahmen im Kampf gegen Ebola beraten. Gemeinsam haben sie zu einer internationalen Kraftanstrengung zur Eindämmung der Epidemie in Westafrika aufgerufen. Die Erfahrungen aus den betroffenen Gebieten zeigen, dass der Mangel an fachkundigen Helfern, an Materialien aber auch eine unzureichende Vorbereitung und Ausbildung der Helfer die Seuchenbekämpfung vor Ort erschweren. Im Kampf gegen Ebola sind deshalb kurz-, mittel- und langfristig wirksame Interventionen notwendig.

1. Die ärztlichen Spitzenverbände bitten Ärztinnen und Ärzte mit einschlägigen Ausbildungs- und Erfahrungskompetenzen und guten Englischkenntnissen um Unterstützung bei der Ebola-Bekämpfung vor Ort. Interessierte Kolleginnen und Kollegen sind aufgerufen, hierfür Kontakt mit dem Deutschen Roten Kreuz oder anderen Hilfsorganisationen aufzunehmen (siehe Hinweise).

2. Die ärztlichen Spitzenverbände fordern die politisch Verantwortlichen auf, eine ausreichende Absicherung für die Helferinnen und Helfer aus Deutschland, die sich in den Ebola-Krisengebieten einsetzen, sicherzustellen, insbesondere ausreichende Haftpflichtversicherung, Lebensversicherung, Arbeitsplatzgarantie und Versorgungsgarantien bei Krankheitsfällen, wie den Rücktransport nach Deutschland.

3. Die ärztlichen Spitzenverbände fordern Deutschland und die internationale Staatengemeinschaft dazu auf, die notwendige Versorgung mit Ausrüstungen zum Schutz von Ärzten und weiteren vor Ort helfenden Mitarbeitern unverzüglich bereitzustellen und damit das Risiko von Ansteckungen zu vermeiden. Eine angemessene Vorbereitung und Ausbildung der Helfer muss sichergestellt werden.

4. Es ist unerlässlich, die Gesundheitssysteme in den betroffenen Ländern zu stärken, auch um eine Ausbreitung der Seuche in andere Weltregionen zu verhindern. Deutschland und die internationale Staatengemeinschaft sind aufgerufen, ihre finanzielle Unterstützung für die Ebola-Bekämpfung vor Ort zu intensivieren. Auch Bürgerinnen und Bürger können mit Geldspenden die Arbeit der Helfer unterstützen (siehe Hinweis).

5. Die ärztlichen Spitzenverbände fordern die Weltgesundheitsorganisation und die internationale Staatengemeinschaft dazu auf, Maßnahmen zu ergreifen, die künftig eine schnellere und effektivere internationale Intervention in solchen Krisenfällen ermöglichen. Notwendig sind zudem Investitionen in die Impfstoffforschung sowie wirksame Strategien zur Durchführung von Impfungen.

Foto: © vector_master/fotolia.com

Hinweise
Freiwillige medizinische Helfer können sich unter anderem beim Deutschen Rote Kreuz für einen Hilfseinsatz melden: https://drkhrnet.drk.de/Home

Spenden: Aktion Deutschland Hilft, Spenden-Stichwort: Ebola

Spendenkonto: 10 20 30, Bank für Sozialwirtschaft, BLZ 370 205 00

Verbände
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Bundesärztekammer
- Bundesverband der Knappschaftsärzte e. V.
- Deutscher Ärztinnenbund e. V.
- Deutscher Hausärzteverband e.V.
- Freie Ärzteschaft e. V.
- Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)
- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte
- Deutschlands e.V. – Bundesverband
- MEDI GENO Deutschland e. V.
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland
- NAV-Virchow-Bund
- Sanitätsdienst der Bundeswehr
- Spitzenverband FachärzteDeutschlands e. V. (SpiFA)
- Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Dr. Jürgen Brenner

„Klinik-Kultur“, was ist das?

Es ist Freitag.
Hamburg am Nachmittag.
Wieder einmal Verkehrsstaus, besonders auf dem Weg zum Flughafen, auf dem ich mich mit einem Freund befand.
Er musste unbedingt seinen Flieger erreichen.
Ein Autofahrer versucht, sich aus einer Einfahrt kommend in den Verkehr einzufädeln.
Keine Chance.
Ich halte kurz an und lasse ihn vor.
Am Flughafen angekommen sagt mein Freund, „das war ja sehr nett von Dir!“
Ich entgegnete, „was meinst Du?“, und „dass ich Dich zum Flughafen gebracht habe?“.
„Das auch“, erwidert er, „aber dass Du den Autofahrer vorgelassen hast“.
„Das war doch selbstverständlich!“, war meine Antwort.
Tja, mein Freund, ein Psychologe gibt mir noch mit auf den Weg, „das ist eben nicht selbstverständlich und ein Ausdruck von Sozialkompetenz. Die Summe dieser Selbstverständlichkeiten prägen die Kulturwerte!“

Auf dem Weg nach Hause musste ich lange darüber nachdenken.

Ich hätte diese Geschichte längst vergessen, wenn ich nicht gestern einen Vortrag eines Klinikkonzernchefs aufmerksam verfolgt hätte. Er sprach u.a. von Kommunikation, Marketing, Branding, Benchmarking, Corporate Design, Mitarbeiter-Identifikation, Strategie, Gewinnmaximierung und es fiel auch der, nicht näher definierte Begriff, von der Klinikkultur.

Kommt Ihnen das bekannt vor?

Nebenbei bemerkt, das Wort „Patient“ fehlte in seinem Vortrag.

Auf meine Frage, ob denn auch Ärzte in der Führung des Konzern seien, beantwortete er, etwas genervt, mit Nein.
Und auf meine Nachfrage, wie er denn langfristige Strategien entwickeln könne, ohne die Leistungserbringer mit einzubeziehen, sagte er, „es gibt ja eine Chefarztkonferenz!“, und, „die haben einen Sprecher“.

Angesichts der etwas angespannten Stimmung im Raum habe ich mir die Frage nach der Klinikkultur verkniffen. Ich hoffe nicht, dass es Kulturveranstaltungen in den Kliniken sind.

Im Grunde genommen ist die Definition von Kultur ganz einfach:

Es ist die Art und Weise, wie wir miteinander umgehen wollen!

Und damit sind wir beim Thema Klinik-Kultur, oder besser dem Kulturverhalten in einem Krankenhaus.

„Ja was soll das denn?“, werden einige sagen. Diese Faktoren spielen in unserer heutigen Klinikwelt, in der der Verwaltungschef das Feindbild des Chefarztes schlechthin ist, und umgekehrt der chirurgische Chefarzt das Feindbild des Verwaltungschefs ist, keine Rolle.

Und weiter hören wir in Diskussionen: „Kulturwerte sind weiche Faktoren und haben keinen Einfluss auf

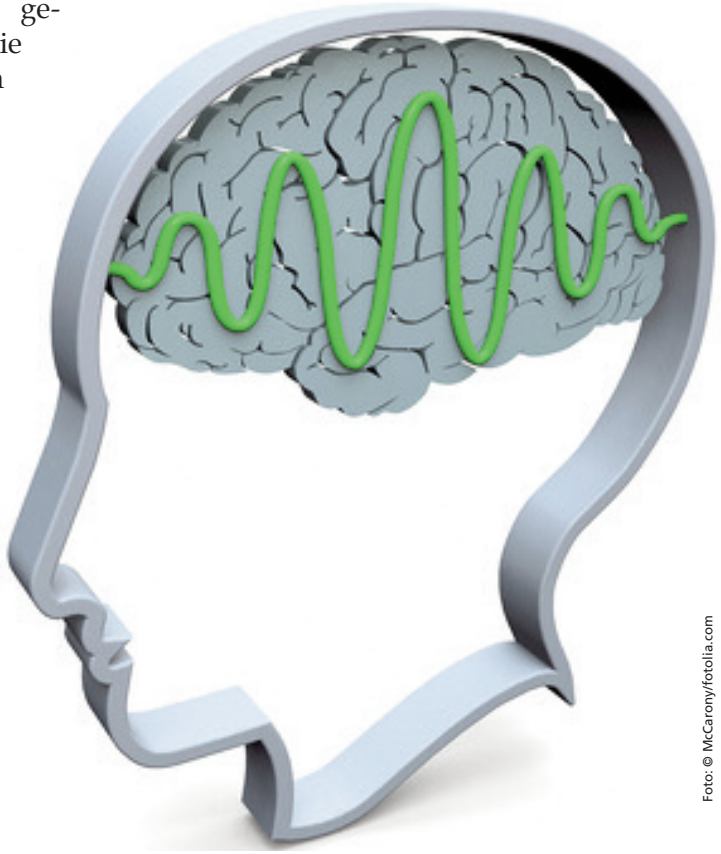


Foto: © McCarony/fotolia.com

die wirtschaftlichen Ergebnisse. Es geht heute doch einzig und allein um die schwarze Zahl. Das Resultat, an dem alle gemessen werden".

Kulturverhalten und ein wirtschaftlich positives Ergebnis lassen sich nur schwer messen. Ein Controller kann damit überhaupt nicht anfangen. Dennoch ist es messbar!

Fragen Sie Ihre Patienten, ob sie Sie weiterempfehlen werden und fragen Sie Ihre Einweiser, ob sie Ihnen weiterhin Patienten schicken werden. Und dann fragen Sie nach dem Warum!

Natürlich ist ein Krankenhaus auch ein Wirtschaftsunternehmen. Die Frage müsste lauten, „wie können wir gemeinsam ein positives wirtschaftliches Ergebnis erreichen?".

Das Wort „gemeinsam" in der Frage ist schon ein Teil des Kulturverhaltens.

Warum sind mehr als 50% unserer Kliniken in Deutschland defizitär und warum funktioniert die andere Hälfte und warum sind einige ganz besonders erfolgreich?

In einer Umfrage würden zahlreiche Gründe genannt werden, doch wahrscheinlich nicht, dass eine der Ursachen, die Art und Weise ist, wie wir miteinander umgehen.

Viele werden heute eingestellt auf Grund Ihrer Fachkompetenz und warum scheitern sie oder gehen wieder. Genau, wegen Ihrer mangelnden Sozialkompetenz. Die Sozialkompetenz spiegelt sich in der Kultur einer Klinik wieder, und sie fängt beim Chefarzt und Verwaltungschef an und hört beim Pförtner noch nicht auf. Die Kette ist so stark, wie ihr schwächstes Glied.

Die Basis ist eine Vertrauenskultur, denn ohne Vertrauen ist jede Chance vertan.

Wenn Sie nun noch an das Gegenteil von Vertrauen denken, das Misstrauen, so ist, wie Kafka sagte: „Alles reden sinnlos, wenn das Vertrauen fehlt!"

Früher war die Position eines Chefarztes in Stein gemeißelt. Chefarzt bis zur Pensionierung, davon konnte man ausgehen. Heute ist die Zahl der Gescheiterten noch in der Probezeit im zweistelligen Prozentbereich. Zuverlässige Zahlen sind nicht publiziert. Die Gründe für ein Scheitern, die wir als VLK immer häufiger hören, bewegen sich größtenteils im Bereich der Sozialkompetenz.

Kommen wir zurück auf den Mittelpunkt unseres Tuns als Ärzte, der Umgang mit den Patienten! Der Patient ist Mittelpunkt und nicht Mittel…Punkt.

Stellen Sie sich einmal mit Ihren Mitarbeitern die Frage: „Warum kommen die Patienten in Ihre Klinik? Bitten Sie Ihre Mitarbeiter um eine kurze, schriftliche Antwort, die nicht länger als ein Satz ausfallen sollte. Ich verspreche Ihnen, Sie werden überrascht sein.

Und wenn Sie einen Schritt weitergehen, so probieren Sie das Gleiche mit Ihren Chefarztkollegen und Kolleginnen im nächsten Meeting. Stellen Sie Ihnen vier Fragen, die auch schriftlich und kurz beantwortet werden sollen.

1. Wie definieren Sie die Strategie unserer Klinik?
2. Wer sind unsere Patienten und wie definieren Sie das Wort Patient?
3. Wie definieren Sie das Umfeld, in dem Ihre Klinik tätig ist?
4. Wie definieren Sie den Auftrag, den Ihre Klinik in Ihrer „Welt" erfüllen wird?

Ich hoffe, dass die Antworten Sie erstaunen und nicht erschüttern. Jeder Teilnehmer wir Ihnen eine andere Definition präsentieren.

Warum schreibe ich das?

Häufig sprechen wir in unserem Umfeld nicht die gleiche Sprache. Unsere Vorstellungen sind verschieden. Also basiert auch die Vorstellung des Vorgehens auf unterschiedlichen Ansichten und Definitionen und Konfrontationen sind vorprogrammiert.

Sie haben ein Stück Arbeit vor sich.

Erarbeiten sie, gemeinsam im Team die Kulturwerte in Ihrem Umfeld. Ihre sozialen Verhaltensweisen nach innen, zu Ihren Mitarbeitern. Ihre sozialen Verhaltensweisen nach außen, zu den Patienten und natürlich Ihre fachlichen Verhaltenswerte, zu Kreativität und Innovationen.

Es gleichen sich heute Dienstleistungen und auch Produkte immer mehr. Ihre Chance besteht also darin, sich zu differenzieren und zwar in der Sozialkompetenz! Das wird Ihnen für die Zukunft einen Vorsprung verschaffen und das Überleben Ihrer Klinik garantieren. Immer vorausgesetzt natürlich dass Ihre Dienstleistungen und damit die Qualität einwandfrei sind.

Vielleicht sollten Sie sich auch einmal darüber Gedanken machen, was Sie über Ihre Klinikkultur in der Zeitung lesen wollen?

Quelle:
Eric Krauthammer „Auf den Punkt gebracht"
Rationale und emotionale Tools für den erfolgreichen Umgang mit Menschen

Special Offers des VLK

Der VLK hat mit verschiedenen Unternehmungen und Firmen Rahmenvereinbarungen geschlossen, die es VLK-Mitgliedern ermöglichen, „Produkte“ dieser Unternehmungen zu speziell für VLK-Mitglieder gestalteten Konditionen in Anspruch zu nehmen. Die wesentlichen Angebote sind nachfolgend erläutert und dargestellt.

Foto: © fotogestoeber/fotolia.com

Friedhelm Gieseler

Warum immer mehr Leitende Ärzte „KlinikRente Plus“ nutzen!

Genau wie Führungskräfte der Industrie können Ärztinnen und Ärzte seit einigen Jahren über ihr Krankenhaus mit unbegrenzten Beiträgen steuerfrei vorsorgen. Als langjähriger Partner des VKL bietet KlinikRente Leitenden Krankenhausärzten gute Möglichkeiten, ihre Altersvorsorge zu optimieren.

Vorteile der Entgeltumwandlung mit „KlinikRente Plus“:

1. Die Kollektivierung über den Konsortialvertrag KlinikRente führt zu einem Rabatt von etwa 8 %. Um diesen Prozentsatz sind die KlinikRente-Vertragskosten niedriger als bei einer privat abgeschlossenen Vorsorge.

2. Die letzten 1.000 € des Brutto-

einkommens sind mit fast der Hälfte an Steuern belastet. Diese Steuer führt das Krankenhaus bisher direkt zum Finanzamt ab. Entgeltumwandlung mit „KlinikRente Plus“ bedeutet: Diese 1.000 € werden ohne Abzüge in die eigene Altersvorsorge eingezahlt. Dort werden nicht nur Zinsen auf die Eigenbeträge erwirtschaftet, sondern auch auf den Teil des Geldes, das ansonsten ans Finanzamt gegangen wäre.

3. Die nachgelagerte Versteuerung sorgt dafür, dass im Ruhestand die Steuersätze in der Regel deutlich niedriger als in der aktiven Erwerbsphase ausfallen.

4. Ärztinnen und Ärzte haben die Wahl zwischen Rente oder Kapitalauszahlung. Bei der Wahl einer lebenslang laufenden Rente profitieren Sie bis zum Jahr 2040 von steuerlichen Freibeträgen. Entscheiden Sie sich für die Kapitalauszahlung, profitieren Sie von der steuerlich günstigen Abfindungsregelung des Einkommensteuergesetzes.

Ein Chefarztkollege, der 2013 in den Ruhestand getreten wäre, hätte allein durch die nachgelagerte Versteuerung eine Rendite – nach Steuern – von mehr als 7 % erzielt.

Beispiel: Entgeltumwandlung für Chefärzte

Ein 50-jähriger Chefarzt vereinbart mit seinem Krankenhauseine monatliche Entgeltumwandlung in Höhe von 1.000 Euro aus seinem Bruttoeinkommen. Sein Nettoeinkommen vermindert sich dadurch aber nur um etwa die Hälfte (520 Euro). Die andere Hälfte (480 Euro) wäre ohne die Entgeltumwandlung jeden Monat zum Finanzamt überwiesen worden.

Förderung

Bei einer Verzinsung von nur 3 % ergibt sich bis zum Rentenalter, alleine aus den nicht gezahlten Steuern und den Zinsen darauf, **ein Betrag von mehr als 127.000 Euro**.

Dieses Geld ist zwar nachgelagert zu versteuern steht aber neben dem Nettobeitrag und den Zinsen darauf zusätzlich für eine lebenslange Rente oder eine Kapitalauszahlung zur Verfügung. Diese nachgelagerte Besteuerung fällt in der Regel deutlich niedriger aus, als im aktiven Arbeitsleben.

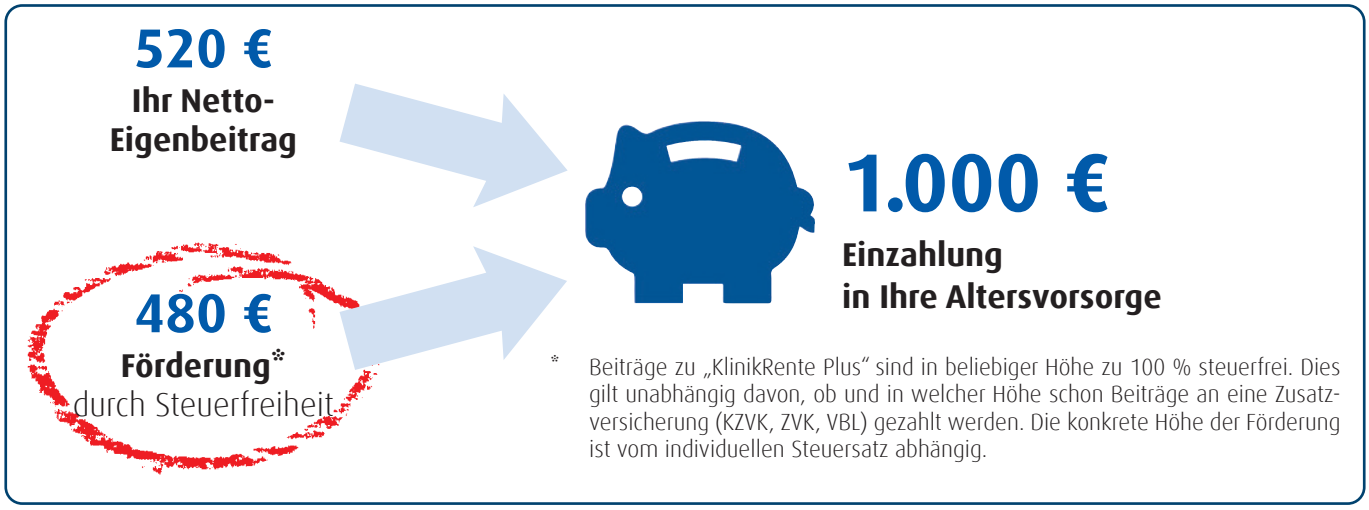
Deshalb schreibt die Verbraucherzentrale in einem Ratgeber im Kapitel *Betriebliche Altersversorgung (bAV):* „Denn Tatsache ist, dass die ‚Betriebliche‘ die am stärksten geförderte Altersversorgung überhaupt ist. Von allen Formen der Altersvorsorge bietet die bAV die größten Möglichkeiten, Steuern und Abgaben zu sparen. Einzahlungen in Unterstützungskassen […] „KlinikRente Plus“ sind unbegrenzt steuerfrei. Vor allem Besserverdiener können sich damit eine üppige Zusatzversorgung aufbauen.“

„KlinikRente Plus“ bietet Ärztinnen und Ärzten:

- Beiträge ohne Begrenzung zu 100 % steuerfrei
- Mit aktuell 4,3 % eine hohe Gesamtverzinsung
- Wahl zwischen Rente oder Kapitalauszahlung

Thema Mitnahmemöglichkeit (Portabilität): Schon mehr als **2.300 Unternehmen der Gesundheitswirtschaft** nutzen die Vorteile des Branchenversorgungswerkes KlinikRente.

Für Rückfragen:
Friedhelm Gieseler
Geschäftsführer Versorgungswerk KlinikRente
Robert-Perthel-Straße 4, 50739 Köln
Telefon: 0221 / 292093-0, Fax: 0221 / 292093-70
E-Mail: friedhelm.gieseler@klinikrente.de
www.klinikrente.de



Markus H. Rexfort

Versicherungsangebote

Im Alltag begegnen Ihnen in Ihrer Unfallambulanz rund um die Uhr verunglückte und verletzte Patienten mit kleineren, aber auch gravierenderen Verletzungen. Haben Sie sich schon einmal gefragt, wie sich Ihre berufliche und private Zukunft darstellt, sollte es einmal Sie selbst treffen?

Foto: © MK-Photo/fotolia.com

VLK Gruppenunfallversicherung

Mit der **VLK Gruppenunfallversicherung** erhalten Mitglieder einen exklusiven und hochwertigen Versicherungsschutz. Die Höhe der Versicherungssumme bei der Grundinvalidität in Verbindungmit der Spitzenprogression und die zusätzliche Hinterlegung einer speziellen Gliedertaxe für Ärzte hebelt die Versicherungsleistung auch schon bei kleineren Invaliditätsgraden schnell in den höheren sechsstelligen Leistungsbereich. Ab einem Invaliditätsgrad von 50 % erhalten Versicherte zusätzlich eine lebenslange Unfallrente. Die berufsbedingten Gefahren und Gesundheitsschäden durch Infektionen oder Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sind im Rahmen der Erweiterung des originären Leistungsumfangs im Versicherungsschutz mit eingeschlossen. Bei Unfalltod erhalten die Hinterbliebenen eine Todesfallleistung.

VLK Tagegeldversicherung

Der VLK-Gruppenversicherungsvertrag mit der DKV bietet Ihnen als Mitglied eine preisgünstige und beitragsstabile **VLK Einkommensabsicherung** mit erleichtertem Zugang und Wartezeiterlass. Ein **49-jähriger** Chefarzt (Beispiel) mit einer **Lohnfortzahlungsregelung bis zum 182. Tag** und einer gewählten Karenzzeit von 29 Tagen bei den Einkünften aus seiner freiberuflichen Tätigkeit zahlt monatlich lediglich **158,20 Euro** für kumuliert **21 000 Euro Einkommensabsicherung** im Monat. Diese Liquiditätssicherung ist besonders für den freiberuflichen Einkommensteil wichtig.

Einkommensbeispiel/Vorsorgebedarf: 283 500 Euro

hiervon aus **nichtselbstständiger Tätigkeit:** 157 500 Euro.

80 Prozent dieses Bruttoeinkommens: 126 000 Euro (dividiert durch zwölf Monate)

10 500 Euro (dividiert durch 30 Tage)

Bedarf: 350 Euro Tagegeld

hiervon aus **freiberuflicher Tätigkeit:** 126 000 Euro (dividiert durch zwölf Monate)

100 Prozent dieses Nettoeinkommen: 10 500 Euro (dividiert durch 30 Tage)

Bedarf: 350 Euro Tagegeld

Die **VLK-Highlights:** Ab einer Karenzzeit von 43 Tagen werden **lediglich drei Gesundheitsfragen** gestellt. Eine Absicherung des Netto-Einkommens bei völliger Arbeitsunfähigkeit gilt auch für Sonn- und Feiertags – steuerfrei! Auf ein außerordentliches Kündigungsrecht wird in den ersten drei Versicherungsjahren seitens des Versicherers einseitig verzichtet. Ab einem Tagessatz von 25 EUR erfolgt automatisch, eine an der Einkommensentwicklung angepasste dynamische Anpassung.

VLK-Berufsunfähigkeitsabsicherung

VLK Exklusivangebot für 1.500 EUR Berufsunfähigkeits-Monatsrente zu, gegenüber dem Einzeltarif reduzierten, Beiträ-

gen ab 50% Berufsunfähigkeit bzw. ab einem Pflegepunkt.

Beim Versorgungswerk ist der Begriff der **Berufsunfähigkeit** (BU) restriktiv zu sehen. Es geht nicht um Erwerbsminderung, Krankheit oder bestimmte Unfallfolgen. Maßgeblich ist allein, ob die einzige Erwerbsquelle des angestellten oder selbstständigen Freiberuflers - seine vor allem geistige, aber auch körperliche Arbeitskraft – im Beruf noch zur Verfügung steht oder nicht. Die Relevanz der Berufsunfähigkeit im Versorgungswerk ist, das Risiko der **absoluten Existenzvernichtung** abzusichern.

Es hat sich gezeigt, dass die persönliche Vorsorge der im VLK organisierten leitenden Krankenhausärzte sich oftmals an der wirtschaftlichen Einkommenssituation eines Fach- oder Oberarztes orientiert. Somit besteht bei vielen VLK-Mitgliedern, gerade in der BU-Vorsorge, ein akutes Versorgungsdelta, welches Sie durch diesen exklusiven **VLK-Rahmenvertrag** reduzieren können. Die ergänzende BU-Vorsorge bietet Versicherungsleistung bis zum vollendeten 65. Lebensjahr bei einem Versicherungszeitraum bis zum vollendeten 63. Lebensjahrjahr. Mit der vereinfachten Gesundheitserklärung und Beantwortung von nur drei Gesundheitsfragen können Sie zusätzlich **1.500 EUR BU-Rentenversorgung** absichern und hierdurch eine bestehende existenzielle Versorgungslücke reduzieren.

Die exklusive **VLK-Berufsunfähigkeitsabsicherung** versichert Ihre aktuelle Lebensstellung. Nach aktueller Rechtssprechung ist Ihre aktuelle Position nicht nur wirtschaftlich, sondern auch sozial und wertschätzend zu sehen. Eine Verweisungsmöglichkeit auf eine andere Tätigkeit im Heilwesen ist somit nur bei einem Einkommensverlust, von weniger als 20% möglich. Ein behördliches, vollständiges Tätigkeitsverbot aufgrund von Infektionen **(Infektionsklausel)** gilt als Leistungsfall. Auf den Einwurf einer unzumutbaren ärztlichen Anweisung **(Arztanordnungsklausel)** wird in diesem Sonderkonzept verzichtet. Damit Ihre Versorgung im Leistungsfall von gleichbleibender Qualität bleibt, ist eine garantierte Rentendynamik mitversichert. Diese sichert Ihnen eine konstanteKaufkraft. Bei der Auswahl des Risikoträgers haben wir Wert auf einen Versicherer gelegt, der nachweislich eine **geringe Beschwerde- und Prozessquote**, wie auch eine sehr hohe Quote **bei der Leistungsanerkennung** belegen kann.

VLK Dread Disease Versicherung

„Wie viele Menschen kennen Sie in Ihrem Umfeld, die in den letzten Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten haben?“

Schwere Krankheiten können jeden treffen. Lange leben und gesund bleiben, das dürfte der Wunschder meisten Bundesbürger sein. Doch kann eine schwere Krankheit jeden treffen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein 35-jähriger Mann bis zu seinem Ruhestand einen Herzinfarkt erleidet oder an Krebs erkrankt, liegt bei über 30%. Dread Disease heißt übersetzt **„gefürchtete Krankheit“**. Die in Deutschland dafür übliche Bezeichnung „Schwere Krankheiten Versicherung“ ist ein Versicherungskonzept, das dem Versicherten eine finanzielle Einmalleistung zur Verfügung stellt, die das (Weiter-) Leben nach der Diagnose einer schweren Krankheit erleichtern soll.

Die VLK Dread Disease Versicherung leistet bei Eintritt einer von 38 versicherten Diagnosen. Sie eignet sich besonders als Ergänzung zu bestehenden BU-Versicherungen oder wird gerne als „Keyman Versicherung“ von Krankenhäusern auf das Leben Ihrer Führungskräfte abgeschlossen. Die VLK-Vorteile:

- **Reduzierte Beiträge** durch VLK-Rahmenvertrag
- **Vereinfachte Gesundheitsprüfung**
- Prämienneutrale Verdreifachung der mitversicherten Todesfallleistung
- Die Prämienkalkulation erfolgt konventionell mit Überschussanlage, so dass Leistungen und Beiträge garantiert werden können
- Detaillierte Gesamtauflistung der Karenz- und Wartzeiten nach Eintritt des Leistungsfalls
- Verzicht auf Kündigung und Vertragsanpassung bei unverschuldeter vorvertraglicher Anzeigeverletzung (§ 19 VVG)

Als VLK sind wir bestrebt unseren Mitgliedern **bedarfskonforme Sonderkonzepte** zu deren privaten Risikovorsorge vorzuhalten, welche Ihrer Stellung als Krankenhausarzt mit Leitungsfunktion besonders Rechnung tragen. Diese versicherungsförmigen Mehrwerte sind solcherart für Sie als Einzelperson am Versicherungsmarkt nicht zugänglich und somit nur exklusiv über eine VLK-Mitgliedschaft erhältlich. Auf der Internetsonderseite unter **www.rhvk.info/vlk** finden Sie alle Details zu den hier ausgewiesenen Sonderkonzepten.

Auskünfte erteilt:
RhVk Rheinisches Versicherungskontor e. K.
Marcus H. Rexfort
Josef-Schappe-Straße 21, 40882 Ratingen
Tel.: 02102 / 709077, Fax: 02102-709076
E-Mail: mail@rhvk.info
www.rhvk.info/bds

Nadja Bürger

Rahmenvertrag für Rechtsschutz: VLK bietet Mitgliedern Sonderkonditionen

Besonders günstige Absicherung gegen Gerichts- und Anwaltskosten

Wenn es um Gerichts- und Anwaltskosten geht, sind Krankenhausärzte stark gefährdet. Denn die gesetzlichen Regelungen, denen ihre Tätigkeit unterliegt, werden immer vielfältiger und komplexer. Nicht selten kommt es - bewusst oder unbewusst - zu Missverständnissen/Fehlern in der Kommunikation, die weitreichende Konsequenzen haben. Nicht selten sind rechtliche Auseinandersetzungen die Folge.

Damit VLK-Mitglieder ihr Recht durchsetzen können, hat der Verband unlängst einen Rahmenvertrag zur Berufs-Rechtsschutzversicherung abgeschlossen, über den sich die Mitglieder zu Sonderkonditionen individuell absichern können. Das Paket, das geschnürt wurde, umfasst den Berufs-Rechtsschutz für angestellte Ärzte (nach § 25 I ARB), den Universal-Straf-Rechtsschutz (gemäß USRB), der ergänzend oder separat abgeschlossen werden kann, und den Erweiterten Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht als Ergänzung zum Berufs-Rechtsschutz.

Kern des Absicherungskonzepts ist der Berufs-Rechtsschutz. Versicherungsschutz besteht für den beruflichen Bereich des Versicherungsnehmers als angestellter Arzt. Gewerbliche, freiberufliche oder sonstige selbständige Tätigkeiten sind nicht abgedeckt. Ist der Arzt gelegentlich als Notarzt, ärztlicher Gutachter oder in Praxisvertretung tätig, greift indes der Versicherungsschutz.

Der Berufs-Rechtsschutz umfasst folgende Leistungen:
- Schadenersatz-Rechtsschutz
- Arbeits-Rechtsschutz
- Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht
- Sozialgerichts-Rechtsschutz
- Disziplinar- und Standes-Rechtsschutz
- Straf-Rechtsschutz

Die Brutto-Jahresbeitrag beläuft sich auf 96,95 € ohne Selbstbeteiligung (inkl. 19% Versicherungssteuer). Bei einer Selbstbeteiligung von 150,- € pro Rechtsschutzfall beträgt die Prämie 70,01 €. Bei einer Selbstbeteiligung von 250,- € werden 59,24 € fällig.

Die Versicherungssumme je Rechtsschutzfall beträgt 500.000 €, für den Erweiterten Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht 100.000 €. Für Strafkautionen werden als Darlehen zusätzlich bis zu 200.000 € bezahlt. Für den Leistungsbaustein Arbeits-Rechtsschutz gilt eine Wartezeit von drei Monaten.

Partner des VLK ist die Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, mit der am Versicherungsmarkt erstklassige Leistungen und außergewöhnlich niedrige Prämien durchgesetzt werden konnten. Das Unternehmen gehört zur Ecclesia Gruppe, die mit rund 1.200 Beschäftigten zu den größten Versicherungsmaklern Deutschlands zählt. Die Ecclesia ist unabhängig von Versicherern und Banken und hat im Gesundheitswesen seit Jahren eine marktführende Stellung.

Fragen zum Berufs-Rechtsschutz, zu Prämien und zum Leistungsumfang der ergänzenden Deckungen beantwortet der Ärzte-Versicherungsservice der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, wo der Versicherungsschutz beantragt werden kann. Service-Telefon: 0800 603 603 1, Fax: 05231 603 60 6363, E-Mail: medicura@ecclesia.de.

Wenn Sie sich zunächst selbst einen Überblick verschaffen wollen, fordern sie das Merkblatt „Informationen zur Berufs-Rechtsschutzversicherung für Ärzte, die Mitglied im VLK sind“ an.

Foto: © fotogestoeber/fotolia.com

Sonderkonditionen beim Kauf eines Mercedes-Benz-Fahrzeuges

Der VLK kann seinen Mitgliedern in Zusammenarbeit mit Mercedes-Benz ab sofort ein attraktives Angebot unterbreiten:

Mitglieder des VLK erhalten bei Kauf eines Neufahrzeuges aller gängigen Typen und Modelle von Mercedes-Benz einen Geschäftskundenrabatt von insgesamt 16%, bezogen auf den Listenpreis (ohne Mehrwertsteuer). Dieser Rabatt errechnet sich aus verschiedenen „Bausteinen", die mit dem „Stern-Partner", bei dem der Kauf getätigt wird, individuell verabredet werden.

Voraussetzung ist einerseits die Mitgliedschaft des Käufers im Verband der Leitenden Krankenhausärzte, die vom VLK bestätigt wird, und andererseits eine Verpflichtungserklärung des Käufers, das Fahrzeug ab Übernahme ununterbrochen mindestens 6 Monate auf sich selbst zuzulassen und dieses Fahrzeug in dieser Zeit ausschließlich für den Eigenbedarf einzusetzen.

Alle weiteren Informationen über die Realisierung dieses Angebotes erhalten Sie von der Geschäftsstelle des VLK unter der Telefonnummer 0211/45 49 912 oder vom „SternPartner" in Rotenburg (Herr Schendel) unter der Telefonnummer 04261/9371-231.

Weitere Informationen können Sie dem nachfolgenden Interview mit Oliver Schendel, dem zuständigen Mitarbeiter des „SternPartners" in Rotenburg entnehmen:

Frage:
Es gibt seit kurzem eine Rahmenvereinbarung zwischen Mercedes-Benz und VLK. Danach erhalten VLK-Mitglieder beim Kauf eines Neufahrzeuges dieser Marke einen bemerkenswerten Geschäftskundenrabatt. Was genau besagt diese Rahmenvereinbarung und wie hoch ist der Rabatt?

Oliver Schendel: *Mitglieder des VLK haben die Möglichkeit, diesen besonderen Rabatt in Anspruch zu nehmen, sie müssen dazu lediglich eine Verpflichtungserklärung unterzeichnen, in der die Bedingungen geregelt sind.*

Das VLK-Mitglied bekommt 16% Nachlass, der durch verschiedene Bausteine festgelegt ist.

Frage:
Was sind das im Einzelnen für „Bausteine", aus denen sich der Gesamtrabatt zusammensetzt?

Oliver Schendel: *im Einzelnen setzt sich dieser Nachlass aus folgenden Elementen zusammen:*

- *Mengenrabatt auf der Fahrzeugrechnung*
- *Subvention durch den Absatzmittler*
- *Zusatzkonditionen.*

Frage:
Gilt dies für alle derzeit auf dem deutschen Markt erhältlichen Typen und Modellen von Mercedes-Benz? Und was ist bei Neuerscheinungen?

Oliver Schendel: *Generell gelten die Konditionen für fast alle PKW-Modelle der Marke Mercedes-Benz. Es ist davon auszugehen, dass auch Neuerscheinungen in den Rahmenvertrag einfließen.*

Frage:
Warum erfolgt eine „Kanalisierung" der Nachfragen über den Stern-Partner in Rotenburg? Kann das VLK-Mitglied auch an andere Mercedes-Benz-Vertragshändler herantreten und von dieser Rahmenvereinbarung mit dem VLK Gebrauch machen?

Oliver Schendel: *Selbstverständlich kann ein VLK-Mittglied an jeden Mercedes-Benz Partner herantreten.*

Der „SternPartner" in Rotenburg (Wümme) hat gemeinsam mit der Geschäftsführung des VLK diese äußerst attraktiven Konditionen geschaffen und bietet durch die Nähe zum Mercedes-Benz Kundencenter in Bremen eine exklusive Fahrzeugauslieferung an.

Für die Interessierten besteht des Weiteren die Möglichkeit, auch einmal hinter die Kulissen mit einer geführten Werksbesichtigung zu schauen.

Berichte aus den Landesverbänden

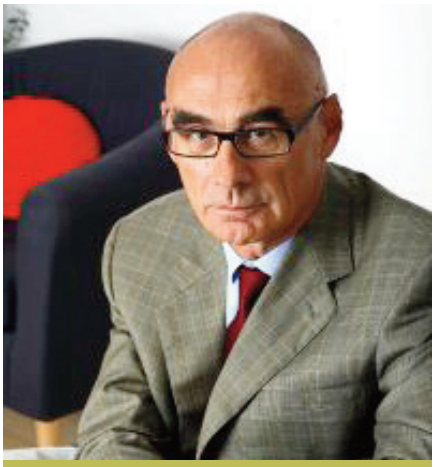
Bericht 2014 des Vorsitzenden des Landesverbandes Bremen im VLK

Prof. Dr. Ulrich Bonk

Bremerhaven: Die Ameos AG mit Sitz in Zürich hat Anfang September diesen Jahres sämtliche Krankenhäuser der DRK-Krankenanstalten Wesermünde (bisher zu 100% im Besitz der gleichnamigen DRK-Stiftung) gekauft. Es handelt sich dabei um die DRK-Kliniken Bremerhaven GmbH (DRK Klinik am Bürgerpark und DRK St. Joseph Hospital, beide in Bremerhaven) , sowie um die DRK Seepark Klinik Debstedt GmbH, gelegen in der niedersächsischen Stadt Langen, grenzt nördlich an Bremerhaven. Mit der Zustimmung des Bundeskartellamtes Anfang Oktober diesen Jahres ist der Kaufvertrag weitgehend wirksam geworden. Allerdings sind die „closing" Bedingungen noch nicht erfüllt: Zustimmung der VBL in Karlsruhe und Zustimmung des katholischen Versorgungswerkes in Köln. Die Zustimmungen werden im November erwartet.

Ameos steigt in die bestehenden Verträge ein und es soll keine betriebsbedingten Kündigungen bis Ende 2015 geben. Ziel soll der Erhalt der Arbeitsplätze an allen drei Standorten sein, allerdings mit Leistungssteigerungen und höherer Produktivität. Zur Leistungsausweitung soll ein Linksherzkatheterplatz an einem der beiden Häuser in Bremerhaven eingerichtet werden.

Bremen: Die Bewohner erleben die unendliche Geschichte um das Klinikum Bremen Mitte (früher St. Jürgenstraße). Ein kommunales Krankenhaus der Maximalversorgung mit alter Bausubstanz aus der Kaiserzeit ist wieder Gegenstand eines Untersuchungsausschusses in der Bürgerschaft nach dem „Keimskandal" bei den Todesfällen von Frühgeborenen vor wenigen Jahren. Ähnlich wie bei den kommunalen Kliniken in München wurde aus politischen Gründen ein Verkauf der städtischen Kliniken bei allerdings extremer Schuldenlast der Stadt Bremen ausgeschlossen. Seit den neunziger Jahren war allen Akteuren klar, dass nur mit einem Neubau der Klinikstandort gesichert werden kann. Die Finanzierung sollte über Public-Private-Partnership erfolgen. Die Absicherung des Baus durch den



Prof. Dr. Ulrich Bonk

Senat reichte den Unternehmen nicht, so dass die Stadt entschied, selbst zu bauen und die Arbeiten alle einzeln vergab. Wegen der Verzögerung auf der Baustelle – Fertigstellung sollte in diesem Jahr sein – und der Kostensteigerung, voraussichtlich 100 Millionen mehr bei geplanten 200 Millionen wurde der Ausschuss von der Opposition eingesetzt. Die öffentliche Beweisaufnahme begann im Oktober 2014. Noch vor der Bürgerschaftswahl im Mai 2015 muss das parlamentarische Gremium seinen Bericht vorlegen.

Impressum

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

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

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

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

Bericht 2014 des Vorsitzenden des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern im VLK

Dr. Methodi Jantschulev

Das Jahr 2014 ist von einer aktiven Tätigkeit des VLK in Mecklenburg – Vorpommern geprägt. Die Landesmannschaft wird hauptsächlich von drei Personen geführt. Herr Dr. M. Jantschulev hat die Aufgabe des Landesvorsitzenden übernommen. Frau PD Dr. R. von Rochow aus dem Klinikum Neubrandenburg übernahm sie Funktion des Stellvertreters. Herr Dr. P. Ziem aus dem gleichen Haus ist ständiger Mitarbeiter in diesem Führungsgremium.

Der Beginn der Tätigkeit war durch die Teilnahme an der Roadshow für die nördlichen Bundesländer, die in Hamburg Ende des vergangenen Jahres stattfand, geprägt. Die neue Ausrichtung des Verbandes wurde dort ausführlich erörtert und den Mitgliedern näher gebracht. Leider war die Beteiligung von Mitgliedern des Landesverbandes in Mecklenburg-Vorpommern nicht sehr groß.

Die Ergebnisse wurden aber über ein Rundschreiben den Mitgliedern vermittelt. Einige Antworten haben uns dazu bestärkt unsere Ausrichtung als richtig anzusehen. Aktuelles aus der Verbandsarbeit wurde weiterhin über solche Rundschreiben regelmäßig dem einzelnen Mitglied des Verbandes zugeschickt.

In diesem Kalenderjahr kam es zu einer neuen Wahl des Bundesvorstandes des VLK: Hier wurde der Landesvorsitzende Dr. M. Jantschulev in den Bundesvorstand gewählt. Die Tätigkeit auf diesem Feld wird sich in den Treffen des Vorstandes und in den Telefonkonferenzen weiter ausbauen können.

Nach entsprechender Kontaktaufnahme zu den Redakteuren des Ärzteblattes Mecklenburg – Vorpommern konnte der Landesvorsitzende ein ausführliches Artikel zu dem neuen Profil und den Zielen und Aufgaben des VLK publizieren. Das Ärzteblatt wird jedem Arzt im Bundesland zugestellt, so dass Reaktionen von mehreren Kollegen registriert wurden. Es konnte aber auf diesem Weg kein neues Mitglied gewonnen werden.

Mehrere Anfragen von Kollegen sehen Vorteile in der Mitgliedschaft im Verein, wenn eine engere Begleitung im täglichen Leben mit greifbaren finanziellen Vorteilen durch die Mitgliedschaft zustande kommen könnte. In diesem Sinne sind die Konditionen beim Neuwagenkauf sicherlich der Weg in die richtige Richtung. Weitere ähnliche Angebote sollten nach Meinung des Landesvorsitzenden organisiert werden. So könnte die Mitgliederzahl erhöht werden.

In diesem Zusammenhang muss die Werbung von 2 neuen Mitgliedern für dieses Jahr durch den Landesvorsitzenden erwähnt werden.

Ein anderes besonders wichtiges Anliegen in diesem Jahr ist die Eingliederung des VLK in die gesundheitspolitischen Entscheidungen in Mecklenburg Vorpommern. Es wurde der enge Schulterschluss mit der Krankenhausgesellschaft gesucht und weiter etabliert. In der AKMV (Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus in Mecklenburg-Vorpommern) kommen der VKD, der VLK, die Leitenden Pflegepersonen und natürlich die KGMV zusammen. Zahlreiche Zusammenkünfte dieses Gremiums wurden abgehalten. Ein Treffen mit der Gesundheitsministerin des Landes war sehr erfolgreich. Es konnte Position bei verschiedenen Vorhaben im Lande gezogen werden. Ein Kommentar zu dem Landesrettungsgesetz wurde abgestimmt.

Dr. Methodi Jantschulev

In der Hansestadt Demmin wurde ein Krankenhaustreffen veranstaltet. Besondere Themen, darunter das Gewinnen von Ärzten für die Krankenhäuser in Mecklenburg – Vorpommern wurden diskutiert. In der Presse im Lande wurde von diesem Treffen ausführlich berichtet.

In Zusammenarbeit mit der KGMV wurde durch den Vorsitzenden des VLK eine weitere neue Initiative auf den Weg gebracht. Das Ziel dieses Vorhabens ist das Erfassen der unbesetzten Arztstellen in unserem Bundesland. Eine Umfrage wurde an alle Häuser im

Lande verschickt. Die ersten Antworten liegen schon vor und nach vollständiger Komplettierung der Umfrage, ist eine profunde Auswertung geplant. Bereits jetzt wurde festgestellt, dass in einigen Fachrichtungen auch Mangel an Besetzungen bei den Leitenden Ärzten besteht. Vordergründig ist allerdings der Mangel an Ärzten in der Weiterbildung.

Höhepunkt der diesjährigen Tätigkeit wird der 11. Krankenhaustag Mecklenburg – Vorpommern am 20. November 2014 in der Barlachstadt Güstrow sein. Durch die Mitglieder der AKMV wurde ein Programm erarbeitet, das den Teilnehmern das diesjährige Thema der Tagung: „Patientenzufriedenheit und Personalgewinnung im Krankenhaus“ näher bringen soll. Zu diesem Krankenhaustag wurden die Mitglieder des VLK eingeladen, Wir hoffen auf eine breite Beteiligung.

Nicht so breit war die Beteiligung der Mitglieder am Bundeskongress in Berlin. Herr Dr. Ziem aus dem Klinikum Neubrandenburg war neben dem Landesvorsitzenden der einzige Teilnehmer.

Am 15.10.2014 fand die Sitzung des Vorstandes der KGMV in Tessin statt. Hier konnte der Landesvorsitzende den VLK und die Tätigkeit im Lande ausführlich vorstellen.

Zusammenfassend muss die geringe Beteiligung der Mitglieder an dem so breit aufgestellten Programm als das Hauptproblem unserer Tätigkeit angesehen werden. Darunter leiden auch die Möglichkeiten zur Gewinnung weiterer Mitglieder für den Verband. In diesem Bereich finden sich die Hauptziele für das folgende Jahr.

Bericht des Vorsitzenden des Landesverbandes Niedersachsen im VLK über das Jahr 2013 / 2014

Prof. Dr. Benno Stinner

Auch das Jahr 2013 hatte, wie das Vorjahr, im Wesentlichen unter dem Akzent der Neuorientierung des Gesamtbundesverbandes der Leitenden Krankenhausärzte gestanden. Der Landesvorsitzende hatte hierfür auf Bundesebene an mehreren Sitzungen zur Vorbereitung der neuen Struktur der Satzung und der diversen Arbeitsgruppen teilgenommen.

Daneben hatte es 2013 zwei Treffen mit den Landesvorsitzenden des Verbandes in Hamburg, Herrn Dr. Brenner und Schleswig Holstein, Herrn Dr. Friedrich zur Abstimmung von Aktivitäten gegeben.

Aus dieser Kooperation heraus war am 9.11.2013 zum ersten Mal eine gemeinsame Mitgliederversammlung der Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein im Hotel Elysée in Hamburg einberufen worden. Hier war es primäre Aufgabe gewesen, die neuen Strukturen des VLK in Bezug auf die Dienstleistungsangebote an die Mitglieder weiter zu geben. Daneben wurde über Strategien eines erfolgreichen Chefarztverhaltens, von Beziehungen von Chefärzten und Geschäftsführern und den Umgang mit Medien berichtet.

Neben dieser Mitgliederversammlung waren die Gremiensitzungen im Rahmen des Gesamtvorstands am 20.09.2013 in Berlin bedient worden und eine Reihe von Mitgliedern hatten am Bundeskongress 2013 teilgenommen.

Zusätzlich zu den unmittelbaren Verbandsarbeiten hat der Landesvorsitzende beim 10. ZQ-Forum Patientensicherheit und Risikomanagement am 1. November 2013 die Position des VLK zum Thema „Qualität + Sicherheit = Wirtschaftlichkeit“ die Position des VLK in einem Vortrag vertreten.

Prof. Dr. Benno Stinner

Der Landesverband hat am 31.5.2014 seine ordentliche Mitgliederversammlung in Hannover durchgeführt. Auch hier ging es intensiv um die neuen Strukturen des VLK und die Neubenennung der Delegierten bei insgesamt verminderter Anzahl. „Wir helfen uns selbst: Austausch über Inhalte von Bonusvereinbarungen“ und „Wie helfen uns selbst: Austausch über die Möglichkeiten der Personalakquise“ waren weitere Themen der Veranstaltung bei

allerdings nur geringer Teilnehmerzahl.

Wegen der positiven Resonanzen auf die Präsentation beim 10. ZQ Forum, wurde am 5. Juni 2014 ein weiterer Vortrag zum Thema: "Wie viel Qualität können wir uns noch leisten" aus der Sicht des VLK beim 7. Klinikpfadworkshop der Deutschen Gesellschaft für Klininische Prozessmanagement in Frankfurt durch den Landesvorsitzenden präsentiert.

Um einen vergleichbaren Themenkreis ging es bei der Präsentation in der Veranstaltung „Risikomanagement – Aktueller Stand 2014" der DGKPMG und der DGAV am 25.9.2014 in Hannover.

Herr Prof. Gubernatis hat am 18.9.2014 die Position des Verbandes bei einer öffentlichen Anhörung vor dem Ausschuss für Soziales, Frauen Gesundheit und Migration in Hannover auf Einladung des Landtages vertreten.

Gemeinsam mit dem Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen wurde am 11.10.2014 das 11. ZQ Forum mit dem Titel „Perspektivwechsel für Führungskräfte im Gesundheitswesen: Meilensteine statt Stolpersteine" in Hannover ausgerichtet.

Der VLK Niedersachsen hat sich über den Vorsitzenden 2013/14 in der Niedersächsischen Allianz für Krankenhäuser mit engagiert. Hier ist unter Leitung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft eine intensive Öffentlichkeitsarbeit zur schwierigen Lage der Krankenhäuser durchgeführt worden. Entsprechende Artikel wurden vom Landesvorsitzenden gegengelesen und revidiert und sollten im Wesentlichen die Finanzierungsnot der Niedersächsischen Krankenhäuser demonstrieren.

Im Februar 2015 soll es wieder eine gemeinsame Veranstaltung mit den „Nord-Verbänden" des VLK geben. In 2015 stehen zudem die Neuwahlen des Vorstandes an.

Jahresbericht 2014 des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen im VLK

Prof. Dr. med. Dietrich Paravicini (Vorsitzender), Dr. med. E. T. Merholz (stellv. Vorsitzender)

Das wichtigste Ereignis des Berichtszeitraums waren die Kammerwahlen der Ärztekammern Nordrhein im Mai und Westfalen-Lippe im September dieses Jahres. Weil das Bundesland Nordrhein-Westfalen mit ca. 18 Millionen Einwohnern alle anderen Bundesländer in der Größe übertrifft, gibt es seit Gründung des Landes zwei selbständige Ärztekammern: Eine für das Rheinland und die andere für den Landesteil Westfalen-Lippe. Diese duale Struktur führt dazu, dass theoretisch zwei Weiterbildungsordnungen zum Facharzt in einem Bundesland parallel existieren könnten. Um größere Verwerfungen zu vermeiden, sind beide Kammern gefordert, beide Weiterbildungsordnungen möglichst gleichlautend zu gestalten. Darüber hinaus sorgt die Fachaufsicht durch das Landesministerium für eine entsprechende Übereinstimmung. Die gute Zusammenarbeit der beiden Schwesterkammern ermöglicht eine reibungslose Abstimmung in allen Fragen, die das ganze Land Nordrhein-Westfalen betreffen.

Prof. Dr. med. Dietrich Paravicini

Dr. med. E. T. Merholz

Die Kammerwahl in Nordrhein im Mai brachte bei einer Wahlbeteiligung von 45 %, die auf gleicher Höhe wie bei der vorherigen Kammerwahl lag, ein Ergebnis, das die bisherige Koalition aus dem Marburger Bund und der VoxMed, einer Vereinigung niedergelassener Kolleginnen und Kollegen, bestätigte. Der Marburger Bund errang 54 Sitze von 121, die VoxMed 27 und das Ärztebündnis Nordrhein 40 Sitze in der Kammerver-

sammlung. In Nordrhein wird der Vorstand der Ärztekammer mit seinen 16 Beisitzern traditionell annähernd paritätisch besetzt, so dass alle 3 Gruppierungen ihrer Stärke entsprechend im Kammervorstand abgebildet sind. Präsident bleibt der bisherige Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, sein Stellvertreter ist der bisherige, der Allgemeinarzt Bernd Zimmer aus Wuppertal. Entsprechend dieser Konkordanz werden auch die Ausschüsse paritätisch besetzt, so dass eine Fortsetzung der sachbezogenen und zielorientierten Kammerarbeit für die nächsten fünf Jahre sicher zu erwarten ist. Zur Wahlbeteiligung ist zu bemerken, dass es ein Ungleichgewicht zu Gunsten der älteren Arztgenerationen gab und die Beteiligung der Jüngeren unter dem Durchschnitt lag.

Dr. Merholz ist Mitglied des Weiterbildungsausschusses. Sein Hauptaugenmerk liegt auf der Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung. Dieses wichtige Regelwerk für die Weiterbildung unseres Nachwuchses wird voraussichtlich erst 2016 auf dem Deutschen Ärztetag abschließend behandelt und verabschiedet werden. Aus der Ausschussarbeit ist zu berichten, dass, nachdem zunächst eine Beinah-Revolution der Weiterbildung in Form und Inhalt sehr ambitioniert von der Bundesärztekammer geplant war, es jetzt nur eine Evolution werden wird, in der begründete Änderungen und Neuerungen nach intensiver Diskussion mit den Fachgesellschaften und den Landesärztekammern konsentiert und letztlich vom Deutschen Ärztetag frühestens 2016 verabschiedet werden.

In Westfalen-Lippe gestaltete sich die Kammerwahl eher unspektakulär: Eine höhere Wahlbeteiligung wäre wünschenswert gewesen, sie lag im Schnitt um 10 % niedriger als 2009 und betrug im Mittel weniger bei 47,4 %. Umso erfreulicher ist die Tatsache, dass die seit vielen Jahren von Mitgliedern des VLK initiierte Liste „Arzt im Krankenhaus“ einen Zuwachs von sechs auf jetzt acht Delegierte verzeichnen konnte. Dieser Zuwachs ist zurückzuführen auf einen sehr intensiv geführten Wahlkampf, Präsidium und dem Hauptgeschäftsführer des VLK Dank ausgesprochen, die den Wahlkampf nach besten Möglichkeiten bei begrenzten Mitteln unterstützt haben. Wenn andere Landesverbände ebenfalls darüber nachdenken sollten, eine eigene VLK-Liste in der jeweiligen Kammer initiieren zu wollen, wir geben gerne in jeder Hinsicht Unterstützung!

Die Sacharbeit wird in Westfalen-Lippe weitgehend in der gewohnten Form weitergehen, wir sind mit einem Sitz im Vorstand (Prof. Dr. Paravicini) und paritätisch in den für uns wichtigen Ausschüssen sowie in zahlreichen vom Vorstand eingerichteten Arbeitskreisen aktiv, diese sachbezogene Arbeit wollen wir in den nächsten fünf Jahre weiterführen und zum Erfolg bringen. Auf der konstituierenden Kammerversammlung werden wir am 15.11.2014 in Münster einen neuen Präsidenten, Vizepräsidenten und Vorstand wählen. Es gilt schon jetzt als sicher, dass die gemeinsame Koalition von Marburger Bund, Facharztliste, Liste Arzt im Krankenhaus und Hartmannbund auch in der neuen Legislaturperiode erfolgreich weitergeführt werden wird.

Das programmatische Hauptziel der Kammerarbeit in Nordrhein und in Westfalen-Lippe für die nächsten fünf Jahre soll eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten sein. Dieses kann nur durch Stärkung der Freiberuflichkeit des Arztes gelingen. Es wird Therapiefreiheit statt bürokratischer Gängelung und ökonomischen Drucks gefordert. Die Therapiefreiheit stellt, genau wie die Schweigepflicht, ein primäres Recht der Patientinnen und Patienten auf ärztliche Kompetenz dar. Beide Grundpfeiler sind Rechte der Patienten und der Ärzte. Nur so ist ein therapeutisches Bündnis von Arzt und Patient möglich.

Spannend bleibt die Frage, inwieweit man dem zunehmenden Regelungsdruck, der diesen hehren Zielen eher entgegensteht, erfolgreich begegnen kann. Dieses kann nur durch gemeinsame Arbeit aller ärztlichen Gruppen und Verbände mit unseren Patientinnen und Patienten gelingen.

Abschließend bleibt zu berichten, dass der 1. Landesvorsitzende am 27.08.2014 an einer Anhörung zum „Zweiten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungs-gesetzes des Landes NRW“ im Landtag in Düsseldorf teilgenommen hat. Breiten Raum nahm die derzeitige Qualitätsdiskussion ein, die Politiker schienen Verständnis dafür zu zeigen, dass die derzeitige Diskussion wenig zielführend ist: Die Schaffung eines weiteren „Qualitätsinstituts“ lässt Zweifel darüber aufkommen, ob die aufzuwendenden Mittel im Verhältnis zum erreichbaren Erfolg stehen werden. Die völlig unzureichende Krankenhausfinanzierung bleibt gerade in unserem Bundesland ein Riesenproblem, für das es derzeit keine Lösung gibt.

Das stand auf der Agenda

Oktober 2014

01.10.2014, Berlin

- Vorbereitungsgespräch VKD, Deutscher Pflegerat, VLK für Parlamentarischen Dialogabend, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

07.10.2014, Berlin

- Parlamentarischer Dialogabend VKD, Pflegerat, VLK und Bundestagsabgeordnete, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

13.10.2014, Berlin

- Arbeitsgruppe Zertifizierung „Generationenfreundliche Klinik“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jürgen Brenner, Dr. Alex Blaicher, Gerd Norden

- Gemeinsame Koordinierungsstelle BÄK/VLK zu Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Rechtsanwalt Norbert H. Müller, Gerd Norden

14.10.2014, Berlin

- Fachausschuss „Medizin“ der DKG, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

15.10.2014

- Spitzengespräch der ärztlichen Verbände bei der BÄK, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

23.10.2014

- Telefonkonferenz des VLK-Präsidiums

31.10.2014

- Telefonkonferenz der Arbeitsgruppe Zertifizierung „Generationenfreundliche Klinik“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jürgen Brenner, Dr. Alex Blaicher, Gerd Norden

Brauchen Sie Drucksachen?

kataloge logos
flyer **außenwerbung**
plakate broschüren
geschäftsdrucksachen
folder prospekte
roll up displays **anzeigen**

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

wir setzen ihre vorstellungen in die tat um

creativ-studio
arenz gmbh

große straße 79
27356 rotenburg/wümme
telefon 04261 9290-50
telefax 04261 9290-59

Ihr Unternehmen im Internet

zum Beispiel **Base One**

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

Rufen Sie uns an.
Wir beraten Sie gerne!

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

@ Rundschau Onlinedienst

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