ARZT UND KRANKENHAUS

VLK
VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

12
87. Jahrgang
Dezember 2014

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Der 37. Deutsche Krankenhaustag im Rückblick

- Krankenhausreform 2015
- Honorararzt kein Wahlarzt

Wer sich nicht zu Wort meldet, wird auch nicht gehört

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

Die alten Spontis wussten das schon: „Nur tote Fische schwimmen mit dem Strom“ oder „Wer sich nicht bewegt, spürt seine Fesseln nicht“ – Demo-Sprüche halt… Das Dumme daran: So ganz falsch sind die gar nicht. Sponti hin oder her.

Nun bin ich sicher kein Alt-68er, aber so ein paar Beobachtungen aus dem VLK-Leben des nun zu Ende gehenden Jahres 2014 haben mich doch nachdenklich gemacht. Ich habe mich – und das nicht zum ersten Mal – gefragt, was die Mitglieder des VLK eigentlich von ihrem Verband und dessen Führung erwarten bzw. inwieweit die Mitglieder bereit sind, selbst für ihre Interessen einzutreten? Dabei bin zu – buchstäblich – staatstragenden Gedanken gekommen: Denn es ist schlicht so, dass unserer Bürgerdemokratie nur funktioniert, wenn die Bürger sich auch daran beteiligen und ihre Interessen artikulieren. Alles andere ist Absolutismus. Oder Diktatur. Das bedeutet ganz konkret: Wenn wir – und damit meine ich nicht nur den Verband sondern jedes einzelne Mitglied – uns nicht zu Wort melden, werden wir auch nicht gehört. Denn die ureigensten Interessen der leitenden Krankenhausärzte werden nirgendwo in der Politik oder in der Selbstverwaltung „quasi automatisch“ abgebildet. Nur wenn wir selbst uns artikulieren, kommen leitende Krankenhausärzte in der Politik überhaupt vor. Sonst nicht. Das ist unsere Verantwortung in einer funktionierenden Bürgerdemokratie!

Und hier hat mir das letzte Jahr reichlich Sorgen bereitet. Unter Anderem bin ich die Listen unserer Veranstaltungen und Aktivitäten durchgegangen und kam dabei im Schnitt auf eine Mitgliederbeteiligung von erschreckenden drei bis maximal fünf Prozent. Das ist nicht nur nicht gut sondern brandgefährlich! Vor allem, weil wir unter Anderem – bislang noch – auf gleicher Augenhöhe mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Verband der Krankenhausdirektoren (VKD) alljährlich den Deutschen Krankenhaustag auf die Beine stellen. Weil wir z.B. – bislang noch – auf gleicher Augenhöhe mit der Bundesärztekammer Dienstverträge ltd. Krankenhausärzte auf Konformität mit dem § 136a SGB V überprüfen und Vorschläge zur Neugestaltung der Rahmenbedingungen von Chefarztverträgen in die politische Diskussion einbringen. Nicht zuletzt weil wir in den meisten Gremien der Selbstverwaltung – bislang noch – mit Sitz und Stimme vertreten sind. Weil wir also – bislang noch – politisches Gehör finden, das immer wieder ganz konkrete substanzielle Verbesserung unserer Arbeitsbedingungen oder unserer Positionierung in der gesundheitspolitischen Diskussion zur Folge hat.

Nur: Wenn irgendwann unsere Gesprächspartner und unsere politischen Freunde denken „da kommt wieder die Dame ohne Unterleib“, dann ist es mit diesem Rückhalt sehr schnell vorbei. Also: Sie mögen manches Mal vielleicht denken, „es geht ja auch ohne mich“, aber genau das ist fatal falsch. Es geht nicht ohne Sie! Denn, wie gesagt: Wer sich in unserem politischen System und ganz konkret in unserem Gesundheitssystem nicht artikuliert, kommt nicht vor.

Wo liegt also des „Pudels Kern„? Alle reden vom Geld. Wir auch – aber nicht nur: Wir werden nämlich in unseren gesundheitspolitischen Gesprächen nicht müde, ganz grundsätzlich darauf hinzuweisen, dass mit dem DRG-System die betriebswirtschaftlichen Belange im Krankenhaus die medizinischen dominieren. Das darf nicht sein, und das merkt allmählich auch die Politik. Darum ist es so wichtig, dass gerade jetzt von der medizinischen Führung der deutschen Krankenhauslandschaft (und für die gibt es eben nur einen Verband) ein starkes Signal der Geschlossenheit ausgeht: Wir müssen klar machen, dass die leitenden Ärzte (und Ärztinnen) bereit stehen, die deutsche Krankenhauslandschaft im Interesse von Patienten und Mitarbeitern wieder vom Kopf auf die Füße zu stellen und Verantwortung für den Teil zu übernehmen, für den das Krankenhaus eigentlich steht: die medizinisch sinnvolle und effiziente Behandlung von Patienten.

Und genau dafür brauchen wir Sie (und – siehe oben – Sie den VLK)!

Es grüßt Sie herzlich zu einem aktiven Jahr 2015

Ihr

Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

406 **Wer sich nicht zu Wort meldet, wird auch nicht gehört**

Titel

Der 37. Deutsche Krankenhaustag im Rückblick

409 · Vorspann
Gerd Norden

409 · Begrüßungsansprache des Kongresspräsidenten
Dr. Josef Düllings

412 · Qualitätserwartungen, Finanzierungsmöglichkeit und Finanzierungsbereitschaft
Johann-Magnus von Stackelberg

417 · Qualität und Patientensicherheit als Trägeraufgabe
Landrat Thomas Reumann

421 · Portfolio-Strategien zur Zukunftssicherung der Krankenhäuser
Dr. Josef Düllings

426 · Krankenhausversorgung: Entscheidend sind die Pflegeprofis
Andreas Westerfellhaus

428 · Professionalisierung und Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland aus Sicht der Ärzteschaft
Prof. Dr. Susanne Schwalen

430 · Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung
Dr. Andreas Weigand

432 · Novellierung der GOÄ: Rahmenvereinbarungen PKV/BÄK – Stand der Umsetzung (auszugsweise)
Dr. Bernhard Rochell

Berufs- und Gesundheitspolitik

436 **Krankenhausreform 2015**
Gerd Norden

436 **Eckpunkte der Bund- Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform 2015 – Präambel –**

439 **VLK-Positionierung als Pressemitteilung vom 08.12.2014**

Recht

441 **Honorararzt kein Wahlarzt!**
RA Alexander Denzer
RA Marc Rumpenhorst

Rubriken

398 **Personen und Hintergründe**
444 **Agenda**
420 **Impressum**
440 **Bücher – Rezension**
Prof. Dr. K. H. Schriefers

Gute Qualität hat ihren Preis
Qualität und Finanzierung sind nicht 2 verschiedene Welten. Jeder weiß das. Gute Qualität hat ihren Preis. Selbst in einer wettbewerbsintensiven Branche wie der Automobil-Industrie gilt: „Mercedes fahren aber nur Golf bezahlen“ funktioniert nicht.

Foto: © fotomek/fotolia.com

409

Qualität bestimmt die Vergütungshöhe
Gute Arbeit soll sich künftig für Kliniken mehr lohnen als schlechte. Deshalb muss sich das Gesundheitssystem schrittweise dahingehend bewegen, dass die Qualität einer medizinischen Leistung Einfluss auf die Höhe der Vergütung hat.

Foto: © fotomek/fotolia.com

412

Pflegekammern tun not
Es ist gut und richtig, die pflegerische Perspektive künftig mit Hilfe einer Pflegekammer in die Gestaltung des Gesundheits- und Pflegewesens mit einzubeziehen. Anders geht es nicht, wenn man eine gute pflegerische Versorgung auf Dauer sichern will.

Foto: © drubig-photo/fotolia.com

426

Die Politik ist nun am Zuge
Mit dem Abschluss der Rahmenvereinbarung haben Bundesärztekammer und PKV-Verband die von der Bundesregierung geforderte Voraussetzung für die Schaffung der rechtlichen Basis für die GOÄ-Novelle erfüllt. Nun liegt es an der Politik, den entsprechenden Rechtsrahmen zu beschließen.

Foto: © fovito/fotolia.com

432

Neuer Vorsitz im Landesverband NRW des VLK

Die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen im VLK führte am 15.11.2014 turnusmäßig Neuwahlen durch. Der seit 2006 amtierende Vorsitzende des Landesverbandes, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, kandidierte nicht mehr für dieses Amt.

In seiner Nachfolge wurde der bisherige stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen im VLK, Dr. Erich Theo Merholz einstimmig zum neuen Vorsitzenden des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen im VLK gewählt. Dr. Merholz ist Chefarzt der Abt. für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der St. Lukas-Klinik GmbH, Solingen.

Zu seinem Stellvertreter im Landesvorsitz wählte die Mitgliederversammlung – ebenfalls einstimmig – Herrn Dr. Thomas Dorsel, Chefarzt der Kardiologischen Abteilung des Josephs-Hospital in Warendorf.

Dr. Thomas Dorsel

Dr. Erich Theo Merholz

Dr. Düllings als VKD-Präsident wiedergewählt

Dr. Josef Düllings ist alter und neuer Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD). Die Mitgliederversammlung des Verbandes wählte Dr. Düllings am 12. November 2014 für eine 2. Wahlperiode in dieses Amt.

Dr. Düllings ist Hauptgeschäftsführer der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH, Paderborn und St. Josefs-Krankenhaus gGmbH, Salzkotten. Dr. Düllings begann seine berufliche Laufbahn als wissenschaftlicher Assistent an der Freien Universität Berlin. Es folgten Stationen als Referent und stv. Geschäftsführer in der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf sowie danach als Hauptreferent in der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen.

Dr. Josef Düllings

Neuer Vorsitz im Landesverband Hamburg des VLK

Die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Hamburg im VLK wählte am 17. November 2014 einstimmig Herrn PD Dr. Holger Maul zum neuen Vorsitzenden des Landesverbandes.

Dr. Maul folgt damit auf Dr. Jürgen Brenner, der den Landesverband 4 Jahre leitete und nicht mehr zur Wiederwahl antrat.

Dr. Holger Maul ist Arzt für Frauenheilkunde und Chefarzt der Frauenklinik im Katholischen Marienkrankenhaus Hamburg.

Dr. Holger Maul

Thomas Reumann neuer DKG-Präsident

Die Mitgliederversammlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft wählte am 25. November 2014 Herrn Landrat Thomas Reumann zum neuen DKG-Präsidenten. Reumann wird damit Nachfolger von Alfred Dänzer, dessen Amtszeit zum Ende des Jahres 2014 endet und der das Ehrenamt von 2012 an bekleidete.

Thomas Reumann ist Reutlinger Landrat und seit 2009 Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft. Landrat Reumann ist seit 2012 im DKG-Präsidium vertreten. Darüber hinaus ist er Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Baden-Württembergischen Landkreistages und des Deutschen Landkreistages.

Landrat Thomas Reumann

Gerd Norden

Rückblick auf den 37. Deutschen Krankenhaustag

Zeitgleich mit der MEDICA fand auf dem Düsseldorfer Messegelände in der Zeit vom 12. bis 15. November 2014 der 37. Deutschen Krankenhaustag statt. Veranstaltet wurde er von der Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK), zu deren Gesellschaftern neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands auch der VLK gehört.Unter den knapp 1.800 Besuchern der Vortragsveranstaltungen des 37. Deutschen Krankenhaustages wurden nicht eben viele leitende Krankenhausärzte gesehen. Selbst das VLK-Forum, das sich am Samstag, 15. November mit der Novellierung der GOÄ befasste, verzeichnete einen eher überschaubaren Teilnehmerkreis.Aus der Vielzahl der im Rahmen des 37. Deutschen Krankenhaustages gehaltenen Vorträge sind nachfolgend einige wesentliche Beiträge abgedruckt.

Dr. Josef Düllings

Begrüßung 37. Deutscher Krankenhaustag

Guten Morgen,
mein Name ist **Josef Düllings**. Ich bin stellvertretender Vorsitzender des GDKVerwaltungsrates. An dieser Stelle erwarten Sie nach dem Programm eigentlich den Vorsitzenden, **Herrn Prof. Weiser**. Herr Prof. Weiser ist jedoch krankheitsbedingt verhindert, bedingt durch einen Virusinfekt. Die Ärzte haben ihm strenge Ruhe für vier bis sechs Wochen verordnet. Inzwischen befindet er sich auf einem guten Weg der Besserung. Und ich darf ihm von dieser Stelle, sicher im Namen von uns allen, gute Besserung wünschen.

Herr Dänzer ist heute ebenso nicht anwesend. Er bittet um Verständnis, dass er vor dem Hintergrund seiner Situation in Mannheim heute nicht hier sein kann. Den Part von Herrn Dänzer wird **Herr Baum** übernehmen.

Nach diesen Hinweisen zum Programm darf ich Sie in Vertretung von Prof. Weiser zunächst sehr herzlich begrüßen.
Wir freuen uns, dass Sie an der Eröffnungsveranstaltung teilnehmen. Und wir sind davon überzeugt, dass die Beiträge heute Morgen nützlich sein werden für die weitere Meinungsbildung zur Krankenhausreform 2015.

Qualität und Finanzierung sind nicht zwei verschiedene

Foto: © fotomek/fotolia.com

Welten. Jeder weiß das. Gute Qualität hat ihren Preis. Selbst in einer wettbewerbs*intensiven* Branche wie der Automobilindustrie gilt: *„Mercedes fahren, aber nur Golf bezahlen“* das funktioniert nicht.

Und auch im Fußball ist es so. Wer „beste Qualität“ will und wer so gut und nachhaltig gut spielen will wie Bayern München zum Beispiel, der muss auch eine gewisse Summe *investieren*, um die besten Spieler und Trainer wie auch die besten Stadien bezahlen zu können.

Und ich frage Sie einfach mal: *Warum sollte dieses Prinzip in der Krankenhausbranche außer Kraft gesetzt sein?* Gerade hier, wo es um die Heilung schwerster Erkrankungen geht, wo es auch um seelsorgliche Zuwendung zu Schwerstkranken geht, wird man „Beste Qualität“ nie und nimmer zu Dumpingpreisen bekommen.

Qualität und Finanzierung müssen also in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen.

Wir haben uns bemüht, das Motto des 37. Deutschen Krankenhaustages mit Augenmaß zu formulieren. Wir sehen natürlich auch die zumindest *„gefühlten Finanznöte“* der gesetzlichen Krankenversicherung. Zumindest ganz, ganz weit am Horizont sollen sich einige „Gewitterwolken“ zusammenbrauen. Im Krankenhausbereich herrschen zwar schon „Platzregen“ und vielfach Überschwemmung. Aber auch kleine „Gewitterwölkchen“ am Horizont des Krankenkassensystems könnten irgendwann mal gefährlich werden. Und darauf sollten wir Rücksicht nehmen.

Ich möchte meine Begrüßung vor allem dazu nutzen, *ein paar Fragen zu stellen*. Wir werden gleich ja auch noch diskutieren.

Aber zunächst möchte ich die Referenten dieser Veranstaltung besonders begrüßen:

Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit,

Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes,

Dr. Wulf Schmiese, ZDF-Hauptstadtkorrespondent, der uns heute durch die Veranstaltung führen und nach meiner Begrüßung die Moderation übernehmen wird, sowie

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Ihnen allen ein herzliches Willkommen.

Ferner begrüße ich die politischen Vertreter, die Abgeordneten der Landtage sowie die Repräsentanten der Verbände und Organisationen im Gesundheitswesen. Ich begrüße **Dr. Klaus Reinhard**, Vorsitzender des Hartmannbundes, und **Armin Ehl**, Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes. Ebenso begrüße ich **Andreas Westerfellhaus**, Präsident des Deutschen Pflegerates. Und für die Messe Düsseldorf begrüße ich den Geschäftsführer **Joachim Schäfer**. Abschließend begrüße ich die Vertreterinnen und Vertreter der Presse.

Seien Sie alle uns herzlich willkommen.

Mit der Großen Koalition besteht die Chance zu einer grundlegenden Krankenhausreform. Und der Reformbedarf ist riesig. Wir alle wissen das. Diese Chance sollte nicht verspielt werden.

Dr. Josef Düllings

Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte und der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands haben deshalb ein Positionspapier verabschiedet mit dem Titel „Handeln, nicht wegducken!“ Wir sehen hier derzeit das größte Risiko.

Wenn man sich die Stoßrichtung der geplanten Reform anschaut, muss man allerdings einige Fragen stellen.

Zunächst kann ich es durchaus als Anerkennung werten, wenn die Große Koalition im Koalitionsvertrag feststellt:

*„Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in **bester Qualität** behandelt zu werden.“*

Dem entnehme ich zumindest, dass „gute Qualität“ nicht die Frage ist. Und dies zu Recht. Denn die Krankenhäuser in Deutschland liefern keine schlechte Qualität ab, auch wenn dies von Seiten der Krankenkassen in diesem Jahr mehrfach suggeriert wurde, um die Gesetzgebung in ihrem Sinne zu beeinflussen. Das ist m. E. ein sehr durchsichtiges Manöver.

Interessant finde ich übrigens,

dass die Behandlungsfehlerstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen rund 2.500 Behandlungsfehler bei stationärer Behandlung ausweist. Sicher ist jeder Fehler einer zu viel. Aber Menschen machen Fehler.

Das Entscheidende ist: Bei über 18 Millionen stationären Fällen pro Jahr sind dies allerdings nur rund 0,01 Prozent. Das heißt im Umkehrschluss, **99,99 Prozent** der Behandlungen verliefen – *zumindest nach den Daten des MDK* – korrekt. Und ich glaube, der MDK ist nun weiß Gott nicht verdächtig, zu krankenhausfreundlich zu sein.

Natürlich wollen die Krankenhäuser sich trotz dieses hervorragenden Ergebnisses noch weiter verbessern. Das ist keine Frage. Aber…

es gibt noch einen anderen Aspekt der Qualitätsdebatte, sozusagen eine *„hidden agenda“*, die es auch bei der Einführung des DRG-Systems Anfang der 2000er Jahre gab.

Eines kann man heute sagen, eine Strukturpolitik der "unsichtbaren Hand", diese Fantasie, auf die Einige damals gehofft hatten, hat sich nicht erfüllt. Die DRGs haben nicht zur Schließung von Krankenhäusern geführt. Diese Erkenntnis hat heute auch der GKV-Spitzenverband, allerdings erst auf Basis eines teuren Gutachtens. Die DRGs haben, wie jedes andere Wettbewerbssystem auch, zu einer Vervielfältigung der Angebote, zu mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten, aber auch zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung geführt.

Dies alles will man heute offenbar nicht mehr haben und skandalisiert deshalb die Leistungen der Krankenhäuser anhand falscher Statistiken getreu dem Motto Winston Churchills: *„Traue keiner Statistik, die du nicht selbst gefälscht hast.“*

Nach meiner Einschätzung ist man jetzt dabei, wieder den gleichen Fehler zu machen wie vor vierzehn Jahren. Die Fantasie ist, dass Qualität als *„Knock-out-Instrument“* genutzt wird. Eigentlich müsste man ja sagen: missbraucht wird.

Dies dürfte vielleicht bei „Pommesbuden“ möglich sein. Aber bei Gesundheitseinrichtungen?

Knock-Out ist nicht das Ziel von Qualitätsmanagement, sondern kontinuierliche Verbesserung. Und dann wird es aufgrund der primär medizinischen Systemrationalität der Krankenhausbranche nicht billiger, sondern teurer. Und ich sage das deswegen, weil man sich eventuell in zehn Jahren wieder trifft, zu einer großen Krankenhausreform und dann fragt: Was haben wir 2015 eigentlich beschlossen?

Die Krankenhäuser in Deutschland leisten einen unschätzbaren Beitrag für die Gesellschaft, denn sie setzen all ihr Know-how und ihre Manpower für eines der wichtigsten Güter des Menschen ein, die Gesundheit. Dabei schreibt über die Hälfte der Kliniken „rote Zahlen“. Der wesentliche Grund: Trotz gesetzlicher Pflicht von Bund und Ländern zu einer tragfähigen Finanzierung der Krankenhäuser wird diese seit Jahren verweigert, weil man glaubt, so die vermeintlichen Überkapazitäten abbauen zu können.

Das – ist – ein – *Fehlschluss*. Der Gesetzgeber muss endlich den Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung in Ordnung bringen. Sonst wird auch die Qualitätsoffensive zu einem *„Rohrkrepierer“*.

Ich möchte daran erinnern, dass wir auf dem Krankenhaustag 2012 den damaligen **Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr** dazu aufgefordert haben, auf die Bundesländer zuzugehen und eine Bund-Länder-Kommission einzurichten. Die Idee war offenbar nicht schlecht. Heute haben wir eine solche Kommission. Diese ist mit hochkarätigen Politikern besetzt, die bis Jahresende Eckpunkte für die Krankenhausreform 2015 vorlegen wollen. Entscheidend wird also sein, was in diesen Eckpunkten steht.

Qualität wird zurzeit überwiegend auf die Medizin und die Patientenversorgung bezogen diskutiert. Ich meine allerdings, dass es noch andere Qualitätsdimensionen gibt, die nicht ernst genug genommen werden. Aber solange diese **anderen Qualitätsdimensionen** nicht ebenfalls Teil der geplanten Reform werden könnte bei der von der Regierungskoalition geplanten **„Qualitätsoffensive“** – das ist ja ein großes Wort – der „Schuss nach hinten“ losgehen.

Ich möchte deshalb vor allem an die politischen Entscheidungsträger auf dieser Veranstaltung, aber auch an uns selbst, folgende Fragen richten:

1. Wie ist denn die **Finanzierungsqualität** bei den Krankenhausinvestitionen zu bewerten, wenn nachweislich jedes Jahr mindestens drei Milliarden Euro fehlen?

2. Wie ist denn die **Humanqualität** zu bewerten, wenn die Krankenhäuser auf-

grund der Tariflohn-Erlös-Schere mit einer immer dünneren Personaldecke arbeiten müssen?

3. Wie ist denn die **Gestaltungsqualität** zu bewerten, wenn sich fast alle Bundesländer trotz ausreichender Rechtsgrundlagen außer Stande sehen, ihren Beitrag zur Entwicklung zukunftsfester Krankenhausstrukturen zu leisten?

4. Wie ist denn die **Qualität der Gesetzgebung** zu bewerten, wenn schon jetzt absehbar ist, dass mit den geplanten Maßnahmen noch mehr Bürokratie auf die Krankenhäuser zukommt und damit der Patientenversorgung noch mehr Mittel entzogen werden?

und

5. Wie ist denn die **Qualität der politischen Debatte** zu bewerten, wenn zentrale Reformfragen einfach ausgeblendet werden?

Wenn schon Qualität, dann richtig. Und wenn man *„Beste Qualität“* will, dann sollte diese auch für Alle gelten.

Vielen Dank.

Anschrift des Autors:
Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Oranienburger Str. 17, 10178 Berlin

Johann-Magnus v. Stackelberg

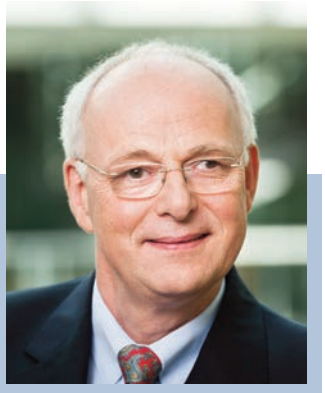
Qualitätserwartungen, Finanzierungsmöglichkeiten und Finanzierungsbereitschaft

Qualitätserwartungen

Die Große Koalition hat schon im Rahmen des Koalitionsvertrages im Bereich der Gesundheitsversorgung einen Schwerpunkt auf das Thema „Qualität” gelegt. Auch bei der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die bis zum Jahresende Eckpunkte einer Krankenhausreform 2015 vereinbaren soll, steht dieses Thema ganz oben auf der Agenda. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) begrüßt diese Ausrichtung ausdrücklich und sieht sie im Einklang mit ihren langjährigen Bemühungen. Neben einer Verbesserung der klassischen Qualitätssicherungsinstrumente wird erstmals auch ein Einstieg in eine qualitätsorientierte Vergütung gesucht. Künftig soll unterschiedliche Behandlungsqualität Konsequenzen haben.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat im September 2014 ein Positionspapier zur qualitätsorientierten Versorgungssteuerung und -vergütung beschlossen, um die notwendige Diskussion voranzubringen und die Sicht der GKV zu dieser Thematik darzulegen. In den erarbeiteten zehn Positionen konzentriert sich der GKV-Spitzenverband auf die stationäre Versorgung, zeigt aber auch, dass bestehende sektorale Begrenzungen überwunden werden müssen.

Wesentlich ist, dass die Leistungserbringer Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität verbindlich einhalten. Dies soll unabhängig von der Tatsache geschehen, ob diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt oder in Prozedurenschlüsseln als Abrechnungsvoraussetzung für Krankenhäuser definiert werden.



Johann-Magnus v. Stackelberg

Insbesondere im stationären Bereich ist dies bislang nicht immer der Fall. Es ist zweifelsfrei zu regeln, dass die Leistungsvoraussetzungen in Krankenhäusern regelmäßig von unabhängiger Seite überprüft werden. Erfüllt ein Krankenhaus die Qualitätsvoraussetzungen nicht, darf es die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht erbringen und nicht abrechnen.

Auch Personalvorgaben zählen im stationären Bereich zu den Struktur- und Prozessanforderungen. Grundsätzlich liegt die für eine adäquate Patientenversorgung notwendige Personalausstattung in der Verantwortung der Leistungserbringer. Sollte es aber in spezifischen Leistungsbereichen zu Fehlentwicklungen kommen, müssen diese durch gezielte Maßnahmen umgehend korrigiert werden. Spezifische Mindestanforderungen an das Personal können dabei sowohl vom G-BA als auch in den Prozedurencodes definiert werden. In jedem Fall muss die Umsetzung und die Einhaltung der jeweiligen Vorgaben durch die Krankenhäuser nachgewiesen und in den Qualitätsberichten transparent gemacht werden. Von bundeseinheitlichen Vorgaben von Personalanhaltszahlen für sämtliche Krankenhausprozesse ist aber abzusehen.

Neben der Einhaltung struktureller Voraussetzungen zur Sicherung der Versorgungsqualität sollten Qualitätsverträge und finanzielle Anreize im Rahmen qualitätsstrategischer Überlegungen eine zentrale Rolle spielen. So ist eine konsequent qualitätsorientierte Krankenhausversorgung nicht allein durch landesplanerische Eingriffe zu erwarten. Solche Initiativen wären zwar schon immer möglich gewesen, sind aber nie erfolgt. Alternativ kann für ausgewählte Leistungen eine qualitätsorientierte Ausschreibung erfolgen. In Ballungsgebieten eignet sich das Verfahren für elektive, standardisierte Massenleistungen mit Tendenz zur Überversorgung. Die Qualitätssicherung sollte kollektiv erfolgen, Verträge sollten jedoch auch kassenspezifisch abgeschlossen werden können. Wesentlich aus Sicht der GKV ist, dass in diesem Zusammenhang der nicht mehr zeitgemäße Kontrahierungszwang gelockert wird.

Darüber hinaus sollten finanzielle Anreize in Form einer qualitätsorientierten Vergütung ein Teil der Gesamtqualitätsstrategie sein. Gute Arbeit soll sich künftig für Kliniken mehr lohnen als schlechte. Deshalb muss sich das Gesundheitssystem schrittweise dahin bewegen, dass die Qualität einer medizinischen Leistung Einfluss auf die Höhe der Vergütung hat. Dabei ist die Messung der Qualität einer medizinischen Leistung alles andere als einfach. Wenn beispielsweise eine Klinik überdurchschnittlich gut ist, werden viele besonders schwer Erkrankte zu ihr kommen. Deshalb könnte es passieren, dass die Erfolgsquote der Behandlungen sinkt. Zwingend notwendig bei der Messung der Qualität und bei Qualitätsvergleichen ist vor diesem Hintergrund eine Berücksichtigung des Schweregrades (Risikoadjustierung). Das ist nicht immer einfach. Aber allein die Tatsache, dass es anspruchsvoll ist, die Qualität von medizinischen Leistungen zu messen, darf nicht dazu führen, dass dieses Thema nicht angegangen wird. Notwendig ist ein Katalog von klar umgrenzten medizinischen Eingriffen, um das System einer qualitätsorientierten Vergütung schrittweise einzuführen und Erfahrungen damit zu sammeln.

Quelle: Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes, abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de

Finanzierungsmöglichkeiten und Finanzierungsbereitschaft

Die Finanzierungsmöglichkeiten der GKV werden naturgemäß von der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bestimmt. So liegt die für die Einnahmeseite maßgebliche Grundlohnrate für das Jahr 2014 mit 2,81 Prozent zwar auf einem historisch hohen Niveau, dennoch wird diese zum wiederholten Male deutlich von der Entwicklung der Ausgaben im Krankenhausbereich übertroffen. Aller Voraussicht nach werden im Jahr 2014 allein die Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich bei ca. 2,9 Mrd. Euro (4,5 Prozent) liegen. Die Gesamtausgaben der GKV in diesem Bereich liegen damit bei rund 67 Mrd. Euro. Der einfache Abgleich mit der Entwicklung der Einnahmeseite der GKV zeigt, dass wie in den vergangenen Jahren auch in 2014 ein deutliches Missverhältnis besteht.

Die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich ist im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückzuführen: die Leistungsmengen- und die Preissteigerungen. Bestätigt wurde das hohe deutsche Fallzahlniveau 2014

durch das Mengengutachten des Hamburg Center for Health Economics (hche), welches gemeinsam von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und dem GKV-Spitzenverband in Auftrag gegeben wurde. Deutschland gehört im internationalen Vergleich weiterhin zu den Spitzenreitern bei stationären Fallzahlen. Zu den Ursachen der Leistungsmengenentwicklung in den vergangenen Jahren äußern sich die Gutachter wie folgt: „Betrachtet man Veränderungen des Angebots von Krankenhäusern, so zeigt sich, dass Krankenhäuser ihre Fallzahlen kausal als Antwort auf Veränderungen der Deckungsbeiträge verändern." (hche 2014, Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung, Seite 12, 4. Absatz). Es gilt damit der kausale ökonomische Zusammenhang: Je höher der Preis, desto höher die Mengensteigerungen.

Als Antwort auf die Frage des Mengenproblems lassen sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Wesentlichen folgende zwei Notwendigkeiten ableiten: Das Mengenproblem kann nur gelöst werden, wenn 1. die Preise, insbesondere die zu hohen Deckungsbeiträge, entsprechend gesenkt und 2. die Überkapazitäten im stationären Bereich abgebaut werden. Völlig kontraproduktiv erscheinen die willkürlich anmutenden, politisch motivierten Preissteigerungen nach dem Gießkannenprinzip, die in der näheren Vergangenheit zu flächendeckenden Preis- und damit auch Mengensteigerungen führten. Betrachtet man die Preisentwicklung der vergangenen Jahre, so wird deutlich, dass insbesondere gesetzgeberische Eingriffe zu entsprechenden Erhöhungen der Landesbasisfallwerte führten. Als Beispiele sind das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, das Psychiatrie-Entgeltgesetz und das GKV-Beitragsschuldengesetz zu nennen. Ganz aktuell wurde zudem durch das Fünfte SGB XI-Änderungsgesetz der mit dem Beitragsschuldengesetz eingeführte Versorgungzuschlag als dauerhafte Gießkanne implementiert. Krankenhäuser profitieren nun dauerhaft von einem Zuschlag in Höhe von 0,8 Prozent. Dies entspricht Mehrausgaben für die Kostenträger in Höhe von jährlich500 Mio. Euro. Die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser durch die ebenfalls verlängerten Mehrleistungsabschläge werden damit weiterhin deutlich überkompensiert. Jährliche Mehrbelastungen der Krankenkassen in Höhe eines dreistelligen Millionenbetrages sind die Folge. Unverständlich bleibt, warum der Gesetzgeber, wie bereits in 2013 und 2014, keinen Ausgleichsmechanismus vorsieht und somit einseitig zulasten der Beitragszahler handelt. Unter anderem führen diese Gießkannen dazu, dass die Mengenproblematik weiter verschärft wird.

Degression auf Landesebene ist systemrelevant!

In der politischen Diskussion wird seitens der Leistungserbringer oftmals die sogenannte doppelte Degression einerseits durch mengenbedingte Preissenkungen auf Landesebene im Landesbasisfallwert (LBFW), andererseits durch mengenbedingte Abschläge auf Krankenhausebene angeprangert. In der Realität zeigt sich aber durch den aktuellen ordnungspolitischen Rahmen Folgendes: Auf der Landesebene greift in über der Hälfte der Bundesländer das preissenkende Degression gar nicht, da durch die Regelungen der Bundesbasisfallwertkonvergenz die LBFW-Verhandlungen zu Phantomverhandlungen degradiert wurden (in 9 der 16 Bundesländer bestimmt sich der LBFW 2014 ausschließlich durch den Korridor um den Bundesbasisfallwert). Auf der Krankenhausebene wird zudem der Mehrleistungsabschlag deutlich durch den Versorgungszuschlag überkompensiert. Es ist mehr als unverständlich, wie vor diesem Hintergrund von einer doppelten Degression gesprochen werden kann. Vielmehr muss betont werden, dass zumindest die Funktionsfähigkeit der Degression auf Landesebene wiederhergestellt werden sollte, da diese systemrelevant ist. Nur dieses degressive Element verhindert unnötige Doppelfinanzierungen im Rahmen der Preisfindung und lässt die Versicherten am Produktivitätsfortschritt partizipieren.

Künftig sollte jeglicher ordnungspolitischer Wirrwarr durch die Diskussion um die nicht vorhandene doppelte Degression vermieden werden. Es bedarf stattdessen einer Neujustierung der Preisfindung im stationären Bereich. Auf der Preisseite bedarf es neben der dringend notwendigen Anpassung der Bundesbasisfallwertkonvergenz einer Stärkung der Landesbasisfallwertverhandlungen. Aktuell tritt seitens der Leistungserbringer gehäuft die Forderung an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf, die Degression im LBFW komplett abzuschaffen und durch hausindividuelle Mehrleistungsabschläge zu ersetzen. Dies wäre genau der falsche Weg. Würde die Mengendegression auf Landesebene gestrichen, so würde den Krankenkassen nämlich jegliches Argument in den LBFW-Verhandlungen entzogen. Die LBFW-Verhandlungen wären damit de facto in allen Bundesländern ausgehebelt. Diese Dis-

kussionstendenz widerspricht darüber hinaus dem Leitmotiv des DRG-Systems. Ziel der Einführung war die Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit, dem Grundsatz folgend „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ und wäre ein Schritt zurück in die Selbstkostendeckung. Zudem lässt sich eine basiswirksame Absenkung der LBFW nicht durch eine wie auch immer ausgestaltete Mehrleistungsabschlagslösung kostenneutral kompensieren.

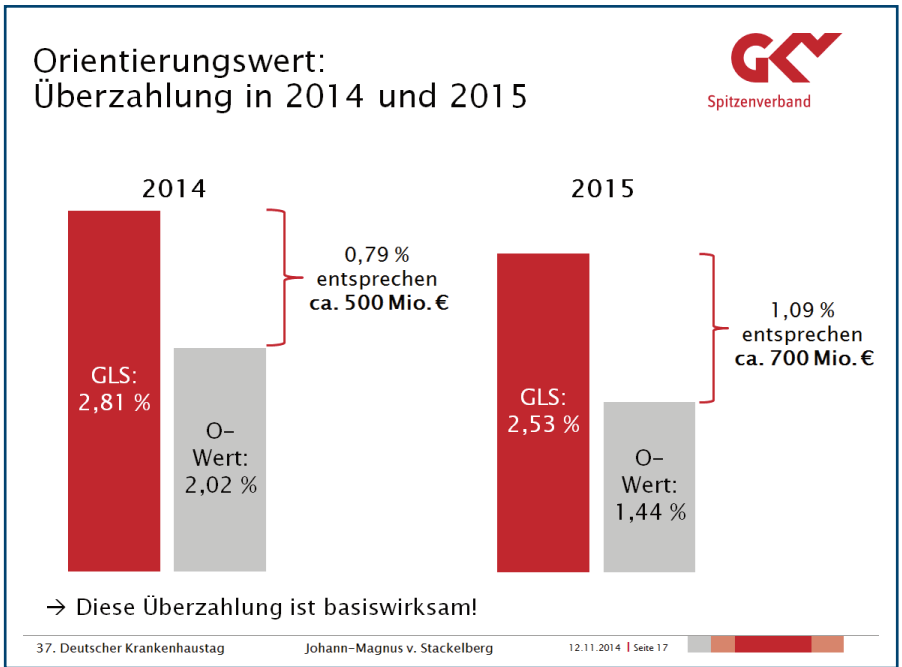
3 : 0 für die Grundlohnrate!

Noch eklatanter erscheint diese Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich, wenn man den tatsächlichen Finanzierungsbedarf betrachtet, der ja seit 2012 durch das Statistische Bundesamt mit dem Orientierungswert ermittelt wird. Für das Jahr 2015 wurde diese krankenhausspezifische Inflationsrate auf 1,44 Prozent taxiert. Damit liegt die Grundlohnrate mit aktuell 2,53 Prozent zum dritten Mal in Folge über dem Orientierungswert. Durch die durch das Beitragsschuldengesetz eingeführte Maximumregelung (es gilt immer der Maximalwert aus Grundlohnrate und Orientierungswert) werden die Kostenträger 2015 in Höhe von 700 Mio. Euro belastet. In 2014 betrug die Überzahlung allein aufgrund dieser Thematik bereits 500 Mio. Euro. Hinzu kommt, dass dies zu basiswirksamen Mehrbelastungen der GKV führt, d. h. auch in den Folgejahren anfällt.

Es bleibt festzuhalten, dass die jetzige Maximumregelung nicht sachgerecht ist. Hier bedarf es dringend einer gesetzlichen Anpassung. Darüber hinaus muss konstatiert werden, dass die neutrale Ermittlung des Orientierungswertes durch das Statistische Bundesamt richtig ist und das Bundesamt saubere Arbeit leistet. Dennoch bedarf es einer Weiterentwicklung des Orientierungswertkonzeptes. Um die Preisentwicklung fair zu gestalten sollte der Orientierungswert als Entwicklung der Kosten je Casemixpunkt ausgewiesen werden. Diese Ausweisung einer „Stückkostenentwicklung“ würde der Preissystematik entsprechen, da die Preise (LBFW) auch die Erlöse je Casemixpunkt darstellen. Dadurch würden implizit auch Produktivitätssteigerungen mit dem Orientierungswert abgebildet. Das Statistische Bundesamt rechnet also nicht falsch – es berechnet das Falsche.

Überkapazitäten angehen – Restrukturierungsfonds einführen-Neben der Neugestaltung der Preissetzung muss zur Lösung des Mengenproblems die Kapazitätsfrage in Deutschland angegangen werden. Die Krankenhausplanung der Länder erscheint dabei reformbedürftig. Da die Länder in der Regel nur die positiven Versorgungs- und Arbeitsmarkteffekte stationärer Kapazitäten ins Kalkül ziehen, die Finanzierungsfolgen aber systematisch ignorieren, entsteht oft eine Planung von Überkapazitäten. Sofern die Übergabe der Planungsverantwortung an die Krankenkassen oder den Bund abgelehnt wird, muss die Planung durch wettbewerbliche Steuerungsmechanismen und durch Maßnahmen zur Strukturbereinigung grundlegend modifiziert werden. Das Ausscheiden von nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern muss erleichtert werden.

Es geht bei der Strukturbereinigung nicht um das kleine Haus auf dem Lande. In Deutschland gibt es vor allem in Ballungsräumen zu viele Krankenhäuser. Vergleicht man die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen mit den Niederlanden (ähnliche Fläche und Einwohnerzahl), dann zeigt sich eine diskussionswürdige Differenz: Die Niederlande haben etwas über hundert Krankenhäuser, Nordrhein-Westfalen rund 400. Es ist nicht davon



Quelle: Folie aus dem Vortrag von Herrn v. Stackelberg auf dem 37. Deutschen Krankenhaustag

auszugehen, dass die Planungsbehörden der Länder die notwendige Bereinigung vornehmen. Auch die Krankenkassen wären – selbst bei Übernahme der kompletten Planungsverantwortung – kaum in der Lage, die notwendigen Schließungen durchzusetzen. Letztlich ist die Schließung eine Entscheidung des Krankenhausträgers. Es kommt darauf an, für die Krankenhausträger finanzielle Anreize zu schaffen, damit nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ein sozialverträglicher und geregelter Marktaustritt ermöglicht wird.

Die Finanzmittel für einen Restrukturierungsfonds sollten vorzugsweise von jenen Häusern aufgebracht werden, die von einem Marktaustritt eines anderen Krankenhauses profitieren. Eine Möglichkeit zur Aufbringung von Mitteln wäre es, das Finanzvolumen aus Mehrleistungsabschlägen einzusetzen. Dieses wird aufgrund der gesetzlichen Neuregelung derzeit undifferenziert nach dem Gießkannenprinzip als Versorgungszuschlag an alle Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes verteilt. Es sollte hingegen gezielt einerseits für die Sicherstellung bestimmter Häuser in ländlichen Regionen und andererseits zur Finanzierung von Marktaustritten eingesetzt werden. Der Versorgungszuschlag würde so seinem Namen gerecht werden.

Fazit: Zentrale Reformnotwendigkeiten

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es notwendig, im Rahmen der kommenden Krankenhausreform 2015 neben dem Bereich Qualität wesentliche strukturelle Änderungen und eine Neujustierung des ordnungspolitischen Rahmens herbeizuführen. Qualität sollte als Leistungsvoraussetzung durchgesetzt werden. Zudem sollte auf Basis der jetzt vorhandenen Qualitätsindikatoren angefangen werden, eine Vergütungsrelevanz einzuführen. Ziel muss es sein, dass sich gute Qualität nicht nur für die Patienten, sondern auch positiv für die Leistungserbringer auswirkt und somit die Anreize gestärkt werden, gute Leistungen zu erbringen. Ebenso vielseitig sind die Reformnotwendigkeiten im Bereich der stationären Preissetzung. Die Preisentwicklung, d. h. das Niveau und die Fortschreibung der Basisfallwerte, muss fair gestaltet werden. Die Beitragszahler müssen von Produktivitätsfortschritten ebenso wie die Leistungserbringer profitieren. Eine faire Preisentwicklung könnte neben strukturellen Anpassungen auch dazu führen, dass unnötige Mehrleistungen vermieden werden. Die strukturellen Anpassungen sollten durch die Implementierung eines Restrukturierungsfonds, am besten auf Bundesebene, angegangen werden.

Anschrift des Autors:
Johann-Magnus von Stackelberg,
stv. Vorsitzender des Vorstandes
des GKV-Spitzenverbandes,
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Thomas Reumann

Qualität und Patientensicherheit als Trägeraufgabe

Qualität der Behandlung und Patientensicherheit sind die Kernkompetenzen der Krankenhäuser. Damit ihnen die richtige Bedeutung im Tagesgeschäft zukommt, müssen sie als Führungsaufgabe verstanden und gelebt werden. Der Träger muss ihren hohen Rang in seinem Ziele-Kanon deutlich machen, dazu gehört auch eine offene Fehlerkultur. Das Thema Qualität steht bei den Krankenhäusern schon seit vielen Jahren ganz oben auf der Agenda, auch wenn manche politische Diskussion den Eindruck erweckt, dass es sich um einen völlig neuen Gedanken handelt.

These 1: Die Krankenhäuser nehmen ihre Verantwortung für Qualität der Behandlung und Patientensicherheit flächendeckend sehr ernst.

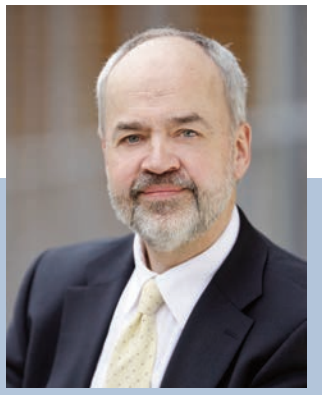
Es entspricht dem Selbstverständnis und der Selbstverpflichtung der Krankenhausträger, die Fürsorgepflicht für die ihnen anvertrauten Menschen in den Mittelpunkt ihres Tuns zu stellen. Es geht um die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten und deren Zufriedenheit. Kein im Wettbewerb stehender Träger wird auf Dauer in der Lage sein, ein Krankenhaus, das für die Patienten nicht attraktiv ist und von diesen nicht angenommen wird, zu finanzieren.

Dieser Qualitätswettbewerb gewinnt immer mehr an Bedeutung. Denn bei planbaren Operationen entscheiden die Patienten gemeinsam mit ihren Ärzten über das am besten geeignete Krankenhaus, was bereits zu erheblichen Verschiebungen der Patientenströme zwischen den Krankenhäusern geführt hat. Im Ergebnis entscheidet die Qualität der Behandlung, die Patientensicherheit und damit die Zufriedenheit der Patienten letztlich über Sein oder Nichtsein eines Krankenhauses. Dies ist in Ordnung, wenn es sich um einen fairen Wettbewerb handelt.

Internes Qualitätsmanagement, Zertifizierung und externe Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser tun schon jetzt sehr viel, um die Qualität immer weiter zu verbessern und zwar durch verpflichtende, genauso wie durch freiwillige Maßnahmen. So sind die Krankenhäuser verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Zur Bewertung des internen Qualitätsmanagements können sich die Krankenhäuser freiwillig durch unabhängige Experten zertifizieren lassen, was auf ein besonderes Engagement im Hinblick auf das Qualitätsmanagement hinweist.

1997 wurde die stationäre einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung eingeführt, in deren Rahmen immer mehr Indikatoren erhoben und in Qualitätsberichten veröffentlicht werden. In den vergangenen Jahren konnten deutliche Verbesserungen bei den Qualitätsindikatoren beobachtet werden. Bei Auffälligkeiten setzt ein Strukturierter Dialog ein. Hierbei diskutiert ein Fachteam aus Krankenhausärzten, MDK, Ärztekammer, Krankenkassen und Krankenhausverbänden mit den Verantwortlichen vor Ort gemeinsam über Lösungen. Von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus in Baden-Württemberg (GeQiK) werden beispielsweise jedes Jahr aufgrund von rechnerischen Auffälligkeiten etwa 1.000 dieser Strukturierten Dialoge durchgeführt. Nur bei 10 % bis 15 % von ihnen zeigt sich, dass die rechnerische Auffälligkeit tatsächlich auf einen Qualitätsmangel zurückzuführen ist, in den übrigen Fällen spiegeln sich zumeist Dokumentationsfehler wider. Durch die fachliche Beratung in den ärztlichen Arbeitsgruppen werden Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.



Thomas Reumann

Außerdem gibt es in Baden-Württemberg seit dem Jahr 2010 ein landesspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zu MRSA, an dem mittlerweile alle Krankenhäuser teilnehmen. Die An-

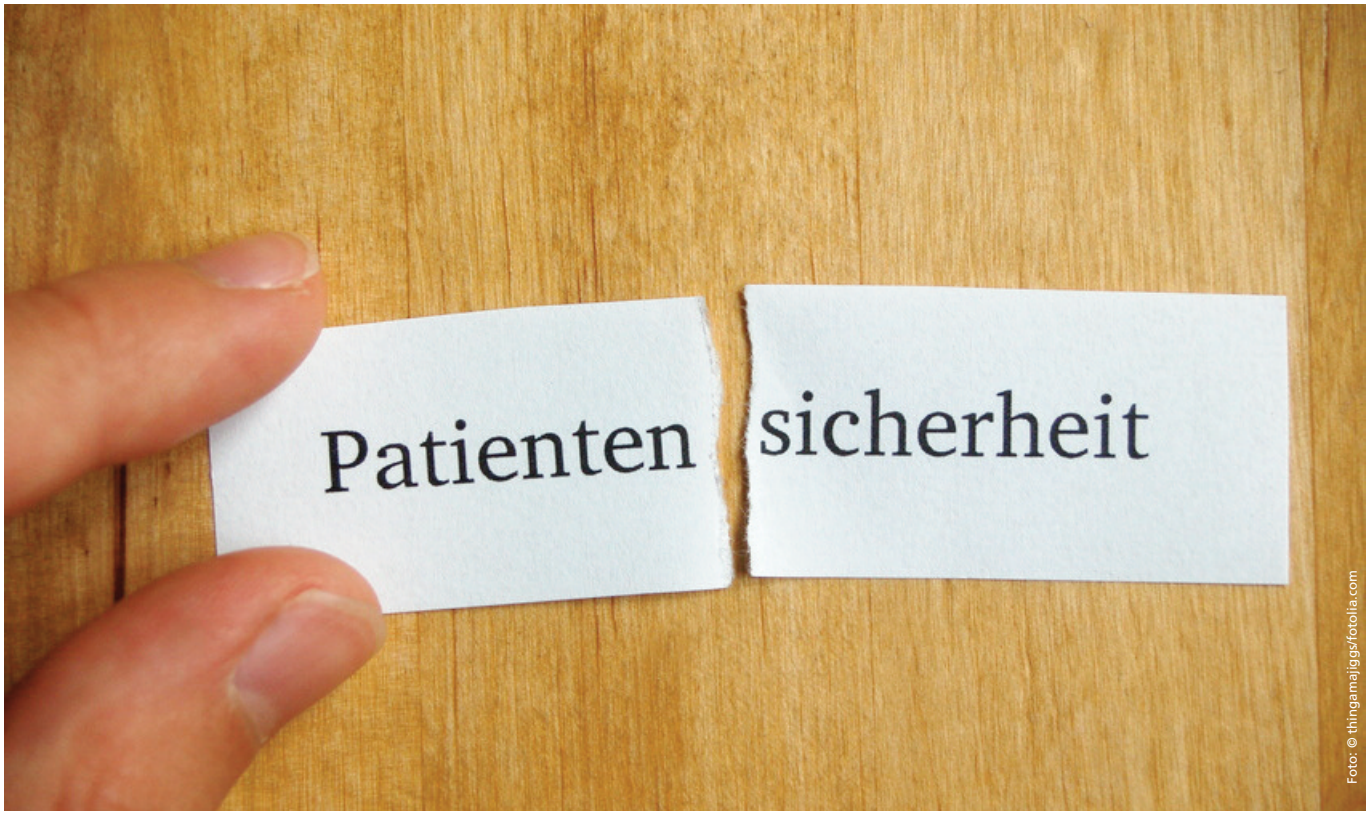


Foto: © thingamajiggs/fotolia.com

zahl der Patienten, die systematisch auf multiresistente Erreger untersucht werden, hat in der Folge stark zugenommen. Die Screening-Raten in Baden-Württemberg sind von 6,5 % im zweiten Halbjahr 2010 auf 17,7 % im zweiten Halbjahr 2013 gestiegen. Gleichzeitig ist die Anzahl der im Krankenhaus erworbenen MRSA-Infektionen von 1.033 auf 600 zurückgegangen.

Ein weiterer wichtiger Beitrag zur Qualitätsverbesserung ist die Arbeit der regionalen MRE-Netzwerke zur Bekämpfung der Weiterverbreitung von multiresistenten Erregern in Baden-Württemberg. Die Netzwerke fördern den Informationsaustausch zwischen Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Haus- und Fachärzten sowie Altenpflegeeinrichtungen und haben eine verbesserte Prävention und koordinierte Bekämpfung von MRE zum Ziel.

Wie wichtig den einzelnen Krankenhäusern die Themen Patientensicherheit und Qualität sind, lässt sich auch an der Vielzahl der freiwilligen Maßnahmen erkennen, die die Krankenhäuser vor Ort ergriffen haben. Beispielsweise:

- Risikomanagementsysteme,
- Anonyme Meldesysteme für kritische Ereignisse (z.B. CIRS),
- Qualitätszirkel,- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen,
- spezielle Besprechungen kritischer Fälle,
- Einbindung von Risikomanagement-Aspekten in die ärztliche und pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung und
- Checklisten in sicherheitsrelevanten Bereichen.

Dreh- und Angelpunkt für die Patientensicherheit ist das Thema Hygiene. Die Patienten müssen ein Höchstmaß an Sicherheit erfahren, dass die Hygienestandards aktuellen Anforderungen entsprechen. Maßnahmen zur Verminderung von Infektionen stehen für die Krankenhäuser daher im Mittelpunkt ihres Handelns. Um beispielsweise Infektionen im Krankenhaus (nosokomiale Infektionen) zu vermeiden, beteiligen sich die Krankenhäuser bereits heute an Maßnahmen wie dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System – KISS oder der Aktion „Saubere Hände“.

Dass sich das Engagement der Krankenhäuser bezahlt gemacht hat, zeigt ein Blick in die Statistik:

- Die Zahl der Toten nach Herzinfarkten ist seit der Jahrtausendwende um 19 % zurückgegangen.
- Die Todesfälle infolge Hirngefäßerkrankungen sind seit dem Jahr 2000 um 22 % zurückgegangen.
- Die Anzahl der an Krebs gestor-

benen Kinder ist zwischen 2001 und 2009 um 40 % gesunken.

- Die Zahl der festgestellten Fehler im Rahmen der Behandlungsfehlerstatistik der Bundesärztekammer ist rückläufig.

Und auch internationale Studien belegen immer wieder, dass die deutschen Krankenhäuser eine überdurchschnittliche Qualität anbieten. Bei den nosokomialen Infektionen, also bei der Rate der im Krankenhaus erworbenen Infektionen, liegen die deutschen Krankenhäuser international gut. Entgegen häufigen Berichten ist die Prävalenzrate niedriger als in den Niederlanden.

These 2: „Das Bessere ist der Feind des Guten."

Trotz des bereits erreichten guten Niveaus bleibt die Aufgabe für die Krankenhäuser bestehen, permanent weiter nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen.

Allerdings ist auch eine „Qualitätssicherung der Qualitätssicherung" erforderlich. Denn die Qualitätssicherung verursacht ja auch Kosten. In Euro, aber vor allem auch in Bürokratie und Belastung der ohnehin schon knappen Personalressourcen. Zudem führt die Erfassung und Dokumentation von zusätzlichen Indikatoren nicht automatisch zu mehr Qualität. Wenn die Krankenhäuser einen Indikator erfassen und dokumentieren, muss ein wissenschaftlich belegbarer Mehrwert erkennbar sein. Es gilt hier, das richtige Maß an validen Indikatoren und Dokumentationsaufwand zu finden.

Nicht vergessen werden darf ein wichtiger Indikator, der nicht von Experten entwickelt und aufwendig dokumentiert werden muss: Das ist die informierte Entscheidung des Patienten. Wenn sich der Patient gemeinsam mit seinem Arzt für die für ihn richtige Behandlung und den richtigen Ort hierfür entscheiden kann, ist dies ein sehr wertvoller und wahrscheinlich der aussagekräftigste und valideste Indikator, der aktuell zur Verfügung steht. Direkte Folge der Wahlfreiheit der Patienten ist der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern.

Damit der Patient seine Wahlfreiheit tatsächlich auch ausüben kann, braucht er schnell fundierte und verständliche Informationen. Dies können die Qualitätsberichte aktuell noch nicht leisten und es gibt hier ganz sicher Verbesserungspotential. Es müssen noch aussagefähigere und verständlichere Indikatoren entwickelt werden. Den Wunsch nach einfachen Krankenhaus-Rankings werden sie aber nicht erfüllen können, da das komplexe Thema „Qualität im Krankenhaus" nicht in Noten oder Sternchen abgebildet werden kann.

These 3: Es reicht nicht aus, gute Qualität zu erbringen, wir müssen auch darüber reden!

Die Krankenhäuser müssen ihre guten Leistungen offensiver an die Öffentlichkeit bringen. In Baden-Württemberg hat die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) beispielsweise im Juli 2014 mit den Kliniken eine Themenwoche zum Thema „Patientensicherheit und Qualität" durchgeführt. Die Resonanz war hervorragend. Innerhalb von fünf Tagen fanden landesweit 80 Veranstaltungen und Aktionen in Kliniken statt. Die Bandbreite reichte dabei von Infoständen, Diskussionsveranstaltungen, Exklusivführungen im OP und Notfallvorführungen bis zu Hospitationen und Hintergrundgesprächen. Die Veranstaltungen sind auf eine große Resonanz in der Presse gestoßen und es ist gelungen, die Bevölkerung und die Politik aktiv über Leistungen der Kliniken sowie ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu informieren und einen Dialog zu eröffnen.

These 4: Die Finanzierung der Krankenhäuser hat Rückwirkungen auf Qualität und Patientensicherheit.

Qualität und Patientensicherheit haben für die deutschen Krankenhäuser oberste Priorität. Allerdings kann eine jahrelange Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Betriebskosten- und Investitionsbereich nicht folgenlos bleiben. Es müssen tragfähige Lösungen für die Krankenhausfinanzierung gefunden werden. Dabei müssten Lösungen für die Betriebskosten genauso gefunden werden wie für die Investitionsfinanzierung.

Nur wenn die Betriebskosten der Krankenhäuser auskömmlich finanziert sind, können die notwendigen Rahmenbedingungen für die Ärzte und die Pflegekräfte in den Krankenhäusern geschaffen werden, die mit ihrer täglichen Arbeit für die hohe Qualität sorgen. Es müssen Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die attraktiv sind, die die Mitarbeiter gerne arbeiten lassen und den Nachwuchs ansprechen.

Dazu gehört auch, dass die baulichen Gegebenheiten und die Ausstattung auf dem neuesten Stand sind. Hierfür muss die Investitionsfinanzierung endlich auf eine sichere und verlässliche Basis gestellt werden. Die gegenseitigen Schuldzuweisungen zwischen Bund und Ländern sind hier nicht hilfreich. Es bedarf vielmehr eines nationalen Kraftakts, um dieses große Problem im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform endlich

zu lösen.

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Mitarbeiter sich engagieren ist weiter, dass es eine ausreichende Personalausstattung gibt. Wichtig wäre für die Krankenhäuser außerdem, dass eine faire Refinanzierung von Kosten, die durch zusätzliche Qualitätsauflagen – zum Beispiel in der Folge von G-BA-Richtlinien – entstehen, gesichert wird.

Schließlich muss Qualitätswettbewerb funktionieren. Dafür müssen diejenigen, die durch ihre gute Qualität mehr Patienten anziehen, auch davon profitieren können. Die Mehrleistungsabschläge vor Ort dürfen nicht zu hoch angesetzt werden. Hier muss die Politik mit Augenmaß vorgehen.

Letztlich wird das Thema qualitätsorientierte Vergütung so häufig diskutiert, dass es nicht unkommentiert bleiben kann. Die Vergütung der Krankenhäuser nach ihrer Qualität scheint intuitiv richtig zu sein. Je genauer man hinschaut, was das im Detail bedeuten würde, umso komplizierter wird es. Noch fehlen valide Indikatoren, die einen echten Pay-for-Performance-Ansatz ermöglichen würden. Die Frage ist, in welchem Ausmaß die Krankenhausvergütung überhaupt an die Qualität geknüpft werden kann. Die Modelle im Ausland beziehen sich meist nur auf wenige Prozentpunkte des Budgets. Denn es kann nicht sein, dass eine ganze Abteilung oder gar ein ganzes Krankenhaus eine geringere Vergütung erhält, weil ein einziger Qualitätsindikator einmalig schlecht ausgefallen ist. Ein besonderes Risiko bergen die unerwünschten Effekte einer qualitätsorientierten Vergütung. Denkbar sind etwa Verschlechterungen in nicht gemessenen Bereichen oder das Abweisen von Hochrisikopatienten.

Fazit

Die Träger der Krankenhäuser wollen und müssen sich intensiv mit dem Thema Qualität und Patientensicherheit zum Wohle der Patienten befassen. Die Krankenhausträger und die Geschäftsführungen müssen sich hier klar positionieren und sie tun dies, indem die Bedeutung von Qualität und Patientensicherheit immer wieder deutlich gemacht wird. Richtig ist aber auch: Die Krankenhäuser dürfen mit dem Thema Qualitätssicherung und Patientensicherheit nicht allein gelassen werden. Krankenkassen und Gesundheitspolitiker tragen hier auch eine Verantwortung.

Anschrift des Autors:
Landrat Thomas Reumann,
Vorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V.,
Birkenwaldstr. 151, 70191 Stuttgart.

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.

Dr. Josef Düllings

Portfolio-Strategien zur Zukunftssicherung der Krankenhäuser

Vorbemerkung

Der Begriff „Portfolio“ kommt aus der Finanzwelt und ist der Krankenhausseele eigentlich fremd. Ärzte und Pflegende wollen Kranken und Schwerstkranken primär helfen. Viele Krankenhäuser haben eine christliche Tradition, in der Barmherzigkeit ein prägendes Leitmotiv ist. Mit historischen Wurzeln zu den Armen-, Pest- und Totenhäusern sowie Militärlazaretten früherer Jahrhunderte ist die Patientenversorgung in Krankenhäusern auch heute noch primär eine gemeinnützige Tätigkeit und weniger ein Profitunternehmen.

Seit Einführung des DRG-Systems vor etwa zehn Jahren hat sich jedoch ein Kulturwandel vollzogen. Auch im Krankenhaus gibt es heute „Produkte“ (DRGs), die als Fallgruppen identifiziert werden. Primär geht es um die Qualität der Behandlung, aber eben auch um Kosten und Erlöse, die durch solche Produkte ausgelöst werden. Da diese Produkte in jedem Krankenhaus, auch in den Grundversorgern, in hoher Zahl „verkauft“ werden, lohnt es sich, die „Produktpalette“ genauer unter die Lupe zu nehmen. Dazu sind systematische Analysen mit professionellen Tools und in der Umsetzung ein strategisches Management nötig.

In diesem Beitrag soll untersucht werden, inwieweit eine Portfolio-Analyse und daraus abgeleitete Strategien zur Zukunftssicherung eines Krankenhauses beitragen können.

Marktsystem auf der Mikroebene

Auf der Mikroebene der Krankenhausbranche herrscht zurzeit ein enormer Wettbewerb um Patienten, Personal und Geld. Die DRGs haben nicht zur Schließung von Krankenhäusern geführt, wie von Einigen erhofft, sondern wie in jedem anderen Wettbewerbssystem auch, zu einer Vervielfältigung der Angebote, zu mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten, aber auch zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist die praktische Verwirklichung des theoretischen Diktums „Geld folgt der Leistung“.

In vielen Bundesländern wurde die Krankenhausplanung zudem liberalisiert. Festgeschrieben wird nur noch eine Gesamtbettenzahl. Die Verteilung auf die Gebiete wird dem Krankenhausträger überlassen. Teilgebiete werden gänzlich nicht mehr geplant (Krankenhausrahmenplan). Über die Teilgebiete können die Krankenhausträger selbst entscheiden. Die Teilgebiete unterliegen damit nicht mehr der Makrosteuerung, sondern folgen betrieblichen Entscheidungen auf der Mikroebene.

Die Rationalität von Angebotsentscheidungen folgt damit überwiegend der Rationalität eines Marktsystems. Im Fallpauschalensystem geht es um die maximale Abschöpfung eines erwarteten Marktpotenzials und, wie in anderen Marktsystemen auch, um die Maximierung von Leistung und Qualität. Wie in der Marktwirtschaft generell, ist es den Unternehmen freigestellt, mit welchen Angeboten sie auf den Markt gehen. Und ähnlich wie in der übrigen Wirtschaft kann dies auf der Makroebene zur Überversorgung führen. Diese steht dem Ziel des nach wie vor bestehenden planerischen und sozialversicherungsrechtlichen Versorgungssystems auf der Makroebene jedoch entgegen.

Dr. Josef Düllings

Versorgungssystem auf der Makroebene

Auf der Makroebene gilt weiter-

hin ein Versorgungssystem. Die Leistungen müssen nur ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Diese Erwartung erscheint für ein Marktsystem allerdings blauäugig. Welche Vorstellung hatte der Gesetzgeber, als er den Wettbewerb ausrief? Glaubte er, dass der Weihnachtsmarkt nur solche Leistungen anbietet, die nur ausreichend, zweckmäßig und nötig sind? Da könnte man gleich an den Weihnachtsmann glauben. Wettbewerb ist ein Verfahren, das nicht Mangel, sondern Überfluss erzeugt.

Die Frage der Bezahlung muss man ordnungspolitisch davon trennen. Wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht in der Lage ist, in einem Marktsystem die entsprechenden Mittel für die vom „Kunden" nachgefragten oder am „Kunden" erbrachten Leistungen zu bezahlen, dann kann man das nicht den Krankenhäusern anlasten, sondern entweder der GKV selbst oder dem Gesetzgeber, der solche Rahmenbedingungen schafft. Man sollte schon wissen, was man will.

Hier zeigt sich allerdings auch, dass Krankenhausleistungen kein Konsumgut sind, das dem freien Markt überlassen werden kann. Deutlich wird dies auch an der moralisierenden Diskussion darüber, dass in Deutschland im OECD-Vergleich zu viel operiert wird. Kaum jemand käme auf die Idee zu kritisieren, dass der Einzelhandel in der vorweihnachtlichen Zeit mit einem unethischen Überangebot an Weihnachtsartikeln den Markt überschwemmt. Vielmehr lässt man den Einzelhandel entscheiden, seine Leistungen bis zur Marktsättigung anzubieten. Wenn die Menschen an Lebkuchen satt gegessen sind, wird auch eine Preissenkung keine zusätzliche Nachfrage mehr auslösen. Der Faktor ist also nicht primär der Preis – wie von Seiten der Krankenkassen trivialökonomisch spekuliert wird – sondern die Marktsättigung, die durch den Verbrauch und den Nutzen beim Konsumenten bestimmt wird. Wenn man etwas nicht braucht, wird man nicht einmal einen Euro dafür ausgeben, sondern gar nichts.

Der Gesetzgeber muss den Ordnungsrahmen klären

Die aktuellen Probleme in der Krankenhausbranche entstehen nicht, weil es zu viele Krankenhäuser oder zu viele Betten gibt oder weil Krankenhäuser zu viele Fehler machen und zu schlechte Qualität abliefern. Das wird in den Medien so kolportiert. Aber das Hauptproblem ist der widersprüchliche Ordnungsrahmen.

Diese Vorklärung war nötig, um eines deutlich zu machen: In einem Marktsystem dürfen Krankenhäuser sich auch marktgemäß verhalten. Die Skandalisierung der Krankenhausleistungen insbesondere durch Krankenkassenverbände in den letzten drei Jahren hat dies in den Hintergrund gedrängt. Ob ein Marktsystem für die Behandlung von Kranken und Schwerstkranken allerdings grundsätzlich der richtige Ordnungsrahmen ist, muss an anderer Stelle, nämlich politisch, geklärt werden. Aber derzeit ist dies die Vorgabe für die Krankenhäuser.

Portfolio-Analyse als Managementtool

Voraussetzung für die Anwendung von Portfolio-Strategien ist also, dass ein Unternehmen sich überwiegend in einem Marktsystem bewegt und eigene Entscheidungsspielräume hat, sein Leistungsspektrum zu komponieren, um sich besser an die Rahmenbedingungen und an die Markterfordernisse anzupassen.

Bevor das Krankenhausmanagement jedoch entscheidet, das Leistungsspektrum zu ändern, sollte eine systematische Analyse erfolgen, um keine bösen Überraschungen zu erleben. Ein Klassiker der Portfolio-Analyse ist die Matrix der ehemaligen Boston Consulting Group (BCG). Darin werden zwei Dimensionen abgebildet:

a) In der nach rechts laufenden Skala der relative Marktanteil des eigenen Produkts im Verhältnis zum Produkt des Wettbewerbers, zum Beispiel des Marktführers. Dieser wird mit 1.0 klassifiziert. Ist der eigene Marktanteil im Vergleich dazu nur halb so groß, liegt die eigene Klassifikation bei 0.5.

b) In der nach oben laufenden Skala das Marktwachstum.

Aus der Kombination beider Dimensionen ergeben sich vier Quadranten mit einem niedrigen oder hohen Marktwachstum bzw. einem niedrigen oder hohen Marktanteil. Klassischerweise lässt sich ein Produkt gemäß seinem Lebenszyklus einem Quadranten zuordnen. Die Zuordnung erleichtert anhand von Fragen, ob es sich lohnt, ein neues Produkt einzuführen, ein etabliertes Produkt weiterzuführen oder ein altes Produkt aus dem Markt zu nehmen. Schließlich erhalten die vier Quadranten noch markante Namen, damit man sich die Ergebnisse der Analyse gut merken kann.

- Die „Question Marks" stehen „oben links" und können vielversprechende Produkte im An-

fangsstadium sein, mit niedrigem Marktanteil, aber hohem Wachstumspotenzial.
- Die „Stars“ stehen „oben rechts“ und haben dieses Stadium hinter sich. Sie zeigen ein hohes Marktwachstum mit hohem Marktanteil.
- Die „Cash Cows“ befinden sich „unten rechts“ und sind die „Lieblingstiere“ des Managements, weil sie bei hohem Marktanteil viel Rendite abwerfen, allerdings kaum noch Wachstum zeigen.
- Die „Poor Dogs“ liegen „unten links“. Sie sind Produkte mit niedrigem Marktanteil, niedrigem Wachstum und klassischerweise am Ende ihre Lebenszyklus.

In der Analyse werden zu jedem Quadranten folgende fünf Fragen gestellt oder auch über einen bestimmten Zeitverlauf verglichen, um eine Einschätzung zum Potenzial der jeweiligen Produkte zu gewinnen

1. Wie hoch ist der relative Marktanteil?
2. Wie hoch ist die Wachstumsrate?
3. Wie hoch sind die Deckungsbeiträge?
4. Wie hoch ist der Kapitalbedarf?
5. Wie hoch ist der Cashflow?

Krankenhaus-Portfolio

Betrachtet man die aktuelle Situation vieler Krankenhäuser vor Ort, kann man eine bestimmte Zuordnung von „Krankenhausprodukten“ zu diesen vier Quadranten vornehmen. Dies kann hier allerdings nur illustrativ erfolgen und eine hausindividuelle Portfolio-Analyse mit entsprechend aufbereiteten Zahlen nicht ersetzen.

Die erste grundsätzliche Entscheidung ist die Frage: Welche

Produktebene wird ausgewählt? Die einzelne Fallpauschale? Ein medizinisch sinnvolles Cluster von Fallpauschalen, also ein Schwerpunkt, ein Zentrum oder eine Fachabteilung. Für Konzerne bezieht sich diese Frage auch auf Krankenhäuser oder Standorte.

Die Anwendung der Portfolio-Analyse ist im Krankenhausbereich aus verschiedenen Gründen nicht konsequent möglich, worauf gleich eingegangen werden soll. Trotzdem sind nachfolgend, rein illustrativ, einige Beispiele aufgeführt, um die Idee der Portfolio-Analyse zu verdeutlichen. Die Reihenfolge verläuft hier umgekehrt zu oben. Der Einfachheit halber wird als Produktebene die Fachabteilungsebene gewählt.

- Zu den „Poor Dogs“ lassen sich aktuell zählen: Geburtshilfen, Pädiatrien, Grundversorger, da diese Einrichtungen sowohl aufgrund der Epidemiologie als auch der Rahmenbedingungen des DRG-Systems zurzeit eher zu den Verlustbringern wie auch Hochrisikobereichen zählen.

- Zu den „Cash Cows“ konnte man in den letzten Jahren zählen: Kardiologien, Orthopädien und Schwerpunktversorger, da hier sowohl medizinisch bislang die größte Nachfrage bestand, als auch im DRG-System eine relativ optimale Erlösabbildung erfolgte. Derzeit vollzieht sich hier aber eine Verschlechterung.

- Die „Stars“ sind die Cash Cows von morgen. Hierzu könnte man aktuell zählen: Zentren wie Brustzentren, Endoprothetikzentren, Onkologische Zentren, und Maximalversorger, selbst wenn diese Einrichtungen aktuell unterfinanziert sind. Die Entwicklung des DRG-Systems zeigte in den vergangenen Jahren einen Trend zu höherwertigen und kostenintensiveren stationären Leistungen. Auch ist aus der aktuellen Qualitätsdebatte eine Gesetzesänderung zu erwarten, die diese Angebote besser stellt.

- Bei den „Question Marks“ ist der Nebel zurzeit am dichtesten, da es hier auch um die Prognose der Zukunft geht. Insoweit sind Aussagen hierzu sehr spekula-

tiv. Mögliche Kandidaten wären: Personalisierte Medizin, Naturheilkunde und Integrierte Versorgungsangebote.

Grenzen von Portfolio-Strategien im Krankenhaus

Die Portfolio-Analyse ist im Krankenhausbereich erheblich eingeschränkt. Zum einen ist die Krankenhausbranche nicht konsequent zu einem Marktsystem weiterentwickelt (siehe oben). Zum anderen können aufgrund der hohen Verrechtlichung und des Charakters der Krankenhausleistungen als Kollektivgut durch akute Gesetzesänderungen Entscheidungen auf Basis einer Portfolio-Analyse schnell zur Makulatur werden. Dies gilt insbesondere für die finanziellen Rahmenbedingungen, aber auch für Tarifänderungen bei nicht frei gestaltbaren Preisen, Sicherheitsvorschriften und vieles mehr.

Der zweite Aspekt hängt dem rechtlichen Status des Arztberufs als freier Beruf zusammen. Auch in der Organisation Krankenhaus agiert der Arzt letztlich als freier Beruf. Deutlich wird dies an der Rolle des Chefarztes im Verhältnis zum Krankenhausmanagement. Der Chefarzt leitet seine Abteilung als medizinisch nicht weisungsgebundener Arzt. Er entscheidet über die Verfahren zur Diagnostik und Therapie wie auch über die Aufnahme und Entlassung von Patienten. Auf der Mikroebene des Krankenhauses erfolgt somit eine „naturwüchsige" Entwicklung des Portfolios der Abteilung, die nicht notwendigerweise durch das Management gesteuert werden kann. Insoweit sind die meisten Abteilungen in ihrem Leistungsspektrum auch gewachsen in Abhängigkeit von den individuellen Fähigkeiten des Chefarztes und der Attraktivität der Medizin seiner Abteilung.

Insgesamt folgt aus dieser Erkenntnis, dass die Leitenden Ärzte eines Krankenhauses zwingend einzubinden sind, wenn das Management das Portfolio des Krankenhauses umgestalten will. Der entscheidende Punkt neben der Rolle des Arztes im Krankenhaus ist auch das Erfordernis einer organischen Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen, wenn größerer Schaden vermieden werden soll.

Pragmatisches Portfolio-Management

Jedes Krankenhaus muss zunächst seine Position in der Region sehen. Im Folgenden sollen anhand zweier Beispiele des St. Vincenz-Krankenhauses Paderborn die Möglichkeiten, Entwicklungszeiten und Ergebnisse von Portfolio-Entscheidungen dargestellt werden mit dem Ziel, einen Einblick weg von der reinen Analytik hin zur Pragmatik zu erlauben.

Das St. Vincenz-Krankenhaus ist ein Schwerpunkversorger mit rund 40.000 stationären Fällen (Anteil im Kreis rund 52% von etwa 77.000 stationären Patienten) und drei Betriebsstätten, zwei in Paderborn und eine als Grundversorger in Salzkotten. Die zentrale Frage in Wettbewerbssystemen wurde auch hier gestellt: Wie ist eine Erweiterung des Marktanteils möglich? Welche Leistungsspektren werden ggf. noch nicht angeboten und könnten auf eine erhebliche Nachfrage stoßen?

Ins Auge fiel die Gefäßchirurgie, für die es im Kreis (etwa 300.000 Einwohner) bei Mitversorgungsfunktionen auch für die angrenzenden Kreise Höxter und Hochsauerlandkreis im Jahr 2008 noch keine eigenständige Fachabteilung für Gefäßchirurgie gab. Ebenso sollte überprüft werden, ob ein zweiter Standort für einen Herzkatheter-Messplatz in Salzkotten sinnvoll war, einerseits um ein höherwertiges medizinisches Leistungsangebot für die ländliche Region zu etablieren, andererseits um eine verbesserte finanzielle Entwicklung für das Grundversorgungshaus zu ermöglichen.Für beide Leistungsspektren wurde eine Marktanalyse mit Unterstützung durch einen externen Berater durchgeführt. Dabei zeigten sich die nachfolgenden Ergebnisse.

Erweiterung um eine Gefäßchirurgie

Eine Fachabteilung für Gefäßchirurgie könnte auf ein Potenzial von etwa 1.900 stationären Patienten zurückgreifen, bis 2017 sogar rund 2.300. Der Bedarf wurde mit rund 30 Betten kalkuliert. Zusätzlich wurden die finanziellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen kalkuliert.

Im nächsten Schritt wurden die Einzelheiten in einem Zukunftsworkshop „Gefäßchirurgie" mit externem Berater, Chefärzten, Geschäftsführung und Aufsichtsrat diskutiert. Auf dieser Grundlage erfolgte 2009 die Entscheidung der Gremien, eine solche Abteilung aufzubauen. Bis Jahresende konnte ein Chefarzt gewonnen werden, der Mitte 2010 sein Amt antrat.

Ab der zweiten Jahreshälfte 2010 wurden neben dem Chefarzt zwei weitere Fachärzte, Pflege- und Funktionspersonal eingestellt sowie Räumlichkeiten, OP-Kapazität und weitere benötigte Ressourcen bereitgestellt. Mit einer erfreulichen Leistungsentwicklung konnten die Kosten von rund 1,1 Millionen Euro um etwa

0,2 Millionen Euro überschritten werden, so dass die Umsatzrentabilität im ersten Jahr bei rund 18 Prozent lag.

In den Folgejahren wuchs die Abteilung auf rund 5,5 Millionen Euro Jahresumsatz. Aufgrund personeller Fluktuation und nicht besetzter Stellen im ärztlichen Dienst konnten allerdings die Patientenzahlen und Erlöse nicht wie geplant weiterentwickelt werden. In 2013 wurden bei etwas mehr 900 stationären Patienten nur rund 1.800 Bewertungsrelationen und Erlöse von rund 5 Millionen Euro erzielt. Die Umsatzrentabilität verschlechterte sich auf etwa -7 Prozent. Für das kommende Jahr konnten, allerdings mit erheblichem Personalsuchaufwand, die ärztlichen Stellen wieder besetzt werden, so dass auch die Leistungsentwicklung im kommenden Jahr wieder stärker ausfallen dürfte.

Eine wesentliche Problematik bei der Gewinnung qualifizierter Fachärzte für Gefäßchirurgie liegt im Marktsystem. Vor 2009 sah das Krankenhausplanungsrecht in Nordrhein-Westfalen noch eine Entscheidung des Landes gemäß Bettenbedarfsplanung vor. Danach wurde die Teilgebietsplanung aufgegeben und im Duktus des DRG-Systems liberalisiert.

Krankenhäuser, die lediglich über eine Allgemeinchirurgie verfügen, können damit, auch ohne Planentscheidung des Landes, einen Schwerpunkt für Gefäßchirurgie anbieten. Dies haben viele Krankenhäuser gemacht. Am Arbeitsmarkt trug die Aufgabe der Teilgebietsplanung insbesondere in der Gefäßchirurgie und Kardiologie dazu bei, dass die Nachfrage nach Fachärzten erheblich anstieg und die Krankenhäuser Probleme haben, qualifizierte Ärzte zu gewinnen.

Kardiologie und Herzkatheter-Messplatz in Salzkotten

Bei der Kardiologie lag eine andere Ausgangssituation vor. Am Standort Paderborn betrieb das St. Vincenz-Krankenhaus bislang als einziger Anbieter drei Herzkatheter-Messplätze. Bezogen auf den Bundesdurchschnitt mit einem Herzkatheter-Messplatz je 100.000 Einwohner war der Bedarf für den Kreis Paderborn gedeckt.

Auch die Mitversorgungsfunktion für die angrenzenden Kreise ergab in der Marktanalyse keinen wesentlichen Zusatzbedarf. Im Ergebnis zeigte sich am Standort Salzkotten ein Potenzial von etwa 600 stationären und 300 ambulanten Fällen für die Nutzung eines Herzkatheter-Messplatzes. Ein kostendeckender Betrieb ist aller Erfahrung nach jedoch erst ab einer Größenordnung von etwa 1.000 Bewertungsrelationen möglich. Neben dem Auslastungsrisiko kamen noch Risiken der steigenden Ambulantisierung im Bereich der Koronarangiografien, der schlechteren Auslastung der Katheter-Messplätze in Paderborn sowie erwartete Katalog-Absenkungen durch die Weiterentwicklung des DRG-Systems hinzu. Insgesamt entschied sich das Krankenhaus aufgrund dieser Perspektive gegen die Aufstellung eines weiteren, dann vierten Messplatzes.

Diese Entscheidung wurde 2011 getroffen. 2012 wurde der Leitende Oberarzt der Kardiologie des St. Vincenz-Krankenhauses durch ein Nachbarkrankenhaus abgeworben mit dem Ziel, dort eine zweite Kardiologie einschließlich Herzkatheter-Messplatz aufzubauen. Bis 2014 resultierte daraus eine leichte Schwächung der eigenen Kardiologie. Unmittelbar nach der Entscheidung wurde hier jedoch das Leistungsspektrum in Richtung höherwertiger Leistungen weiterentwickelt.

Fazit

Insgesamt ist festzustellen, dass die Portfolio-Analyse und daraus abgeleitete Strategien mit Anpassung an die spezifischen Gegebenheiten der Krankenhausbranche ein Instrument zur Zukunftssicherung des einzelnen Krankenhauses sein können. Die eingeschränkte Nutzung, insbesondere unter Beachtung der genannten Rahmenbedingungen, sollte jedoch bedacht werden und vor einer Überschätzung der Methode schützen.

Nach Abschluss solcher Projekte ist man immer klüger als vorher. Dies gilt auch für die Fragen, die man sich vor einem solchen Projekt stellen sollte. Als Empfehlung können folgende Punkte genannt werden:

- Wie kann der Marktanteil vergrößert werden? (Qualität, Fälle, Euros)
- Leistungsspektrum: Was künftig tun? Was lassen? (Marktlage und Rahmen)
- Welche Katalogveränderungen sind zu erwarten?
- Gibt es eine verlässliche Deckungsbeitragsrechnung im Krankenhaus?
- Wie verändert eine Portfolio-Entscheidung den SWOT-Status?
- Kann aus den verfügbaren Informationen ein Businessplan erstellt werden?
- Und ganz wichtig: Welche Funktionsträger des Krankenhauses sind bei der Etablierung und Umsetzung eines Projekts zur Neugestaltung des Leistungsportfolios einzubeziehen?

Anschrift des Autors:
Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Oranienburger Str. 17, 10178 Berlin

Andreas Westerfellhaus

Krankenhausversorgung: Entscheidend sind die Pflegeprofis

Wie sieht eine Professionalisierung und Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland aus? Was ist aus Sicht der Pflege dabei entscheidend? Und welche wichtige Rolle spielen dabei Pflegekammern und eine Akademisierung der Pflege? Diesen Fragen wird im Folgenden nachgegangen.

Fakt ist, wir brauchen in den Krankenhäusern mehr und zugleich besser ausgebildetes Pflegepersonal. Das ist keine neue Forderung des Deutschen Pflegerats. Sie ist jedoch eine der wichtigsten Forderungen.

Denn eine angemessene Personalausstattung ist für eine qualitativ gute und sichere Versorgung der Patientinnen und Patienten unverzichtbar. Die Pflegeprofis sind ein entscheidendes und unverzichtbares Rad, wenn es um eine gute Behandlung im Krankenhaus geht.

Dies muss auch endlich dem Gesetzgeber stärker bewusst werden. Denn was nützt es darüber nachzudenken, wie eine weitere Krankenhausreform aussieht, wenn am anderen Ende die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht da sind, die diese umsetzen sollen? Eine solche Reform wird im Ansatz verpuffen und scheitern, wenn nicht die pflegenden Menschen im Vordergrund stehen.

Die Notwendigkeit für mehr Personal und dessen höheren Akademisierung wird deutlich durch die gestiegenen Anforderungen bei der Versorgung, die sich

- aus der Zunahme älterer, chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten,
- den veränderten Familienstrukturen,
- der schnellen Entwicklung der Wissensbestände in Pflege und Medizin wie auch
- aus dem technischen Fortschritt ergeben.

Um diese Herausforderungen bewältigen zu können, werden Pflegefachpersonen benötigt, die über entsprechende Kompetenzen verfügen. Gefragt sind daher eine weitreichende Akademisierung in der Pflege und berufsübergreifende multiprofessionelle Teams.

Heutiges Bildungssystem wird den gestiegenen Anforderungen nicht gerecht.

Zusammen mit der Frage, wie weit die Akademisierung gehen sollte, muss gleichfalls deutlich werden, dass das heutige Bildungssystem den erhöhten Anforderungen an den Pflegeberuf und dem dort benötigten Wissen nicht mehr gerecht wird. Von daher ist auch das Bildungssystem zu ändern.

Hinzu kommen die neuen Anforderungsprofile, die sich zudem aus einer neuen Aufgabenverteilung der Berufe heraus ergeben.

Aus Sicht des Deutschen Pflegerats schlagen wir vor, die Änderungen des Bildungssystems schrittweise anzugehen und im Einklang mit der Neufestlegung der Aufgaben im Gesundheitsbereich vorzugehen.

Andreas Westerfellhaus

Fakt ist, lange gefordert heißt noch längst nicht, dass die zuvor genannten entscheidenden Kenntnisse des Wandels der Pflege und die damit einhergehenden Änderungen der Berufe und ihrer Anforderungen sowie des Bildungssystems, in der Praxis bereits so umgesetzt sind, wie wir das angesichts der darin steckenden Herausforderungen erwarten müssten. Wir sind weit davon entfernt.

Studien belegen Folgen des Personalmangels

Was bedeutet eine ungenügende Ausstattung mit Pflegepersonal für die pflegerische Versorgung?

Die Folgen wurden jüngst

durch drei Studien eindrucksvoll belegt. So zeigen die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2014 des Deutschen Instituts für Pflegeforschung, dass Menschen, die an Demenz erkrankt sind, im Krankenhaus nicht angemessen versorgt werden können. Dies trifft nach Aussage von Prof. Michael Isfort vor allem für die Versorgung am Wochenende und in der Nacht zu.

Auch der Arbeitsreport Krankenhaus 2014 zeigt deutlich die Folgen einer mangelhaften Personalausstattung.

Trotz der Bemühungen nach dem massiven Stellenabbau von ca. 50.000 Pflegestellen in den 90ger Jahren, wieder mehr Personal in den Krankenhäusern zu beschäftigen, berichten Pflegende in dieser Studie von einer bestehenden Arbeitsverdichtung und wenig Entlastung durch neue Arbeitsplätze bzw. durch weniger Aufgaben.

Im Gegenteil: Die Beschäftigten aller Berufsgruppen haben mehrheitlich nicht genug Zeit für ihre Arbeit. Zudem erledigen Pflegende immer noch berufsfremde Tätigkeiten, wie Transporte, Botendienste, Reinigungsarbeiten oder hauswirtschaftliche Aufgaben.

Weitere interessante Erkenntnisse beziehen sich auf die Verschiebung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen. So übernehmen mehr als 78 Prozent der befragten Pflegenden ärztliche Aufgaben. Aber nur 44 Prozent gaben an, dass sie Tätigkeiten an Assistenzdienste abgeben können.

Und auch hier kommt die Studie zu wichtigen Erkenntnissen: Es ist keine Lösung, einzelne Tätigkeiten zwischen Berufsgruppen zu verschieben. Es müssen zusammenhängende Aufgabenbereiche geschaffen werden.

Foto: © drubig-photo/fotolia.com

Die Arbeit im Pflegebereich stellt hohe Anforderungen an Körper und Psyche der Beschäftigten. Zu diesem Ergebnis kommt das zehnte Factsheet einer Befragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus dem Jahr 2012.

Demnach kennzeichnen Schichtarbeit, ein hohes Arbeitspensum sowie körperliche und psychische Belastungen und gesundheitliche Beschwerden die Arbeit des Pflegepersonals. Zudem kommen Erholungs- und Regenerationszeiten oft zu kurz. So lassen im Vergleich zur durchschnittlichen Erwerbsbevölkerung doppelt so viele Krankenpflegende ihre Pausen häufig ausfallen. Als Grund dafür geben sie meist zu viel Arbeit an.

Hinzu kommt es bei Pflegekräften überdurchschnittlich häufig zu Termin- und Leistungsdruck sowie zu Arbeitsunterbrechungen. Oft müssen sie verschiedene Tätigkeiten gleichzeitig ausüben. Dabei befinden sich viele von ihnen an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit.

Soweit die Ergebnisse dieser drei Studien, die deutlich belegen: Die Pflegeprofis arbeiten am Limit und sind wesentlich höheren körperlichen und zeitlichen sowie psychischen Anforderungen unterworfen als Erwerbstätige außerhalb der Pflege.

Das sind bedrohliche Ergebnisse und erneut Warnsignale an alle Verantwortlichen, jetzt endlich für bessere Rahmenbedingungen zu sorgen.

Gefragt sind rasche Verbesserungen der Rahmenbedingungen

Die Berufsgruppe der Pflegenden wird angesichts der demografischen Entwicklung immer wichtiger. Wir müssen um Nachwuchs werben und das vorhandene Personal halten. Das kann nur gelingen, wenn die Arbeitsbedingungen in der Pflege attraktiv sind und neu justiert werden.

Gefragt sind rasche Maßnah-

men – gleichermaßen der Politik, der Arbeitgeber wie auch der Kostenträger. Die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der professionell Pflegenden muss endlich verbessert werden.

Wesentliche Ansatzpunkte sind dabei mehr Personal, eine höhere Bezahlung, eine bessere Arbeitsorganisation, ein auf die Pflegenden angepasstes Gesundheitsmanagement sowie mehr Wertschätzung. Entscheidend ist auch eine Lösung der Frage nach einer leistungsgerechten Personalbemessung im Krankenhaus.

Hier fordern wir als Deutscher Pflegerat gestufte Lösungsansätze. So soll unverzüglich gegenüber den Krankenhäusern eine Verpflichtung ausgesprochen werden, Instrumente zur leistungsgerechten Personalbemessung einzusetzen.

Wertschätzung – Pflegekammern als wichtiger Hebel

Über das Thema, was Wertschätzung für die Arbeit der professionell Pflegenden bedeutet, wurde viel geschrieben. In der Umsetzung hapert es jedoch.

Es ist deshalb gut und richtig, die pflegerische Perspektive künftig mit Hilfe einer Pflegekammer in die Gestaltung des Gesundheits- und Pflegewesens miteinzubeziehen. Anders geht es nicht, wenn man eine gute pflegerische Versorgung auf Dauer sichern will.

Die Pflegekammern werden entscheidende Hebel dafür sein, wenn es um die Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege und um mehr Wertschätzung für die professionell Pflegenden geht. Das werden auch die Kritiker der Pflegekammern einsehen. Die Pflegekammern sind unverzichtbar für eine Aufwertung der Pflegeberufe.

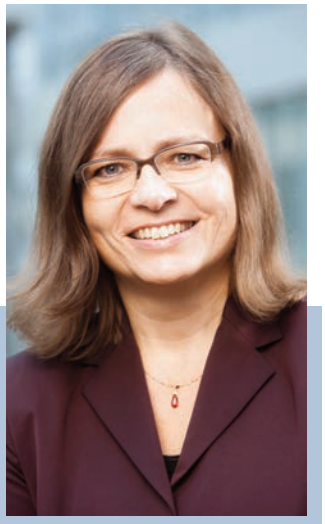
Anschrift des Autors:
Andreas Westerfellhaus,
Präsident Deutscher Pflegerat,
Alt Moabit 91, 10559 Berlin

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Professionalisierung und Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland aus Sicht der Ärzteschaft

Die Zunahme des Anteils älterer Menschen durch den demografischen Wandel führt zu einer steigenden Zahl multimorbider, chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten. Das Gesundheitswesen steht vor der Herausforderung, sich der damit einhergehenden quantitativen Ausweitung und qualitativen Veränderung des Versorgungsbedarfs anzupassen. Gleichzeitig eröffnet der medizinisch-technische Fortschritt immer neue Wege für Diagnose und Therapie und stellt neue Anforderungen auch an die Pflege.

Für die gesundheitliche Versorgung ergibt sich die Notwendigkeit, ihre Organisationsformen zu modernisieren. Dazu gehören zum Beispiel eine zeitgemäße interdisziplinäre Arbeitsteilung und Zusammenarbeit mit optimaler Nutzung der knapper werdenden Personalressourcen. Die Versorgung ist konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auszurichten. Dabei sind an den Schnittstellen zwischen den Professionen – und auch zwischen den verschiedenen



Prof. Dr. Susanne Schwalen

Versorgungssektoren – Brüche im Behandlungsverlauf zu vermeiden.

Also ist eine gute Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen unabdingbar. Der Wissenschaftsrat, der Bundesregierung und Landesregierungen bei der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung berät, hat sich für eine Verstärkung der interprofessionellen Ausbildung ausgesprochen. Nach den Empfehlungen des Rates soll es in einigen ausgewählten Veranstaltungen eine Vernetzung der medizinischen Studiengänge mit pflegewissenschaftlichen Studiengängen geben.

In interprofessionell ausgerichteten Lehrveranstaltungen sollen Konzepte und Standards des kollaborativen Arbeitens erlernt, das Handeln in multiprofessionellen Teams fallbasiert und mit Blick auf bestimmte Versorgungssituationen soll geübt werden. An der Universität Greifswald läuft in Zusammenarbeit mit der Berufsschule Greifswald dazu bereits ein Projekt, das Aufschluss darüber geben soll, ob sich durch interprofessionelles Training sowie intra- und interprofessionelle Teamarbeit während der Ausbildung mehr Patientensicherheit erreichen lässt.

Die hochkomplexe Gesundheitsversorgung der Zukunft wird nicht mehr von Einzelkämpfern, sondern durch multiprofessionelle Teams mit hoher Spezialisierung geleistet werden. Um dem Behandlungsauftrag des Patienten umfassend gerecht werden zu können, benötigen Ärztinnen und Ärzte starke Partner in einem funktionierenden Behandlungsteam. Hier werden Pflegeexperten eine wichtige Rolle spielen, die ihr wissenschaftlich begründetes Wissen und ihre spezifischen Kompetenzen einbringen.

Um diese Aufgabe meistern zu können wird in den Organisationen der Pflegeberufe intensiv über eine Professionalisierung im engeren Sinne diskutiert. Dabei spielen folgende Aspekte eine wichtige Rolle:

- Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflege: Pflege sollte auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen bzw. Pflegestandards (Praxis- bzw. Expertenstandards) erfolgen.
- Umsetzung einer Fortbildungspflicht zum Erhalt und der Aktualisierung der pflegerischen Qualifikation für die qualitätsgesicherte Versorgung der Patientinnen und Patienten.
- Standardisierte Weiterbildung in der Pflege, um für alle Beteiligten in der Gesundheitsversorgung Sicherheit und Klarheit hinsichtlich der Kompetenzen der beteiligten Berufe zu gewährleisten.

In der aktuellen Diskussion gibt es eine Reihe offener Fragen, insbesondere das „Theorie-Praxis-Problem“: Sicherlich würde man über das Ziel hinausschießen, gäbe man die bewährte duale Ausbildung auf und machte eine akademische Ausbildung zur Voraussetzung für jede Pflegetätigkeit. Denn nicht für jede Aufgabe ist ein akademischer „Reflective Practitioner“ der berufspraktisch ausgebildeten Pflegekraft vorzuziehen.

Noch sind die Strukturen der Hochschulen, an denen Pflege gelehrt wird, nicht vergleichbar mit den Möglichkeiten an den Medizinischen Fakultäten. In der Medizin fordert der Wissenschaftsrat eine enge Verknüpfung zwischen Lehre, Forschung und Patientenversorgung. Dieser Anspruch wäre auch an eine akademisierte Pflege zu stellen. Ob die Vielzahl der unterschiedlichen Angebote – Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft, grundständiger Pflegestudiengang – zielführend für eine erfolgreiche Professionalisierung der Pflege ist, lässt sich durchaus hinterfragen.

Auch die Frage nach dem Tätigkeitsspektrum für die akademischen Pflegeexperten ist zurzeit nicht klar beantwortet. In Frage kämen, entsprechend den besonderen Kompetenzen, differenzierte Funktionen wie etwa Pflegeüberleitung, Care Management, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Begutachtung, Pflegeberatung, betriebswirtschaftliche Funktionen oder pflegetechnische Entwicklung. Anzustreben ist auch, dass die Hochschulabsolventen in der praktischen Tätigkeit eingesetzt werden, um wissenschaftsbasierte Pflege in die Versorgung zu tragen.

Der Weg zu einer Professionalisierung der Pflege scheint noch lang. Ein Schritt ist mit der Etablierung der grundständigen Modellstudiengänge getan. Aus ärztlicher Sicht ist die Anpassung der Pflegeausbildung an die immer weiter steigenden und sich wandelnden Anforderungen ein wesentlicher Beitrag, um die Patientenversorgung in einem starken Team gemeinsam erfolgreich bewältigen zu können.

Anschrift des Autors:
Prof. Dr. Susanne Schwalen,
Geschäftsführende Ärztin
der Ärztekammer Nordrhein,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Dr. Andreas Weigand

Ein aktuelles Projekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag derDeutschen Krankenhausgesellschaft und der Landeskrankenhausgesellschaften ist:

„Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung“

Hintergrund

Laut Koalitionsvertrag soll für den Bereich „Gesundheit und Pflege“ mit einer sog. „Qualitätsoffensive“ vor allem die Qualität der stationären Versorgung verbessert werden. Danach soll u.a. die Qualität als ein Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden. Konkret soll die Leistungsqualität von Krankenhäusern über die Krankenhausplanung bzw. über den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser gesteuert und – ggf. positiv oder negativ – sanktioniert werden.Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel des Projekts, die qualitätsorientierten Vorgaben in den Krankenhausplänen aller Bundesländer zu analysieren und einer grundsätzlichen Prüfung zu unterziehen, um daraus praktische Schlussfolgerungen abzuleiten. Auf Basis dieser Analysen sollen Anforderungs- und Definitionskriterien für eine qualitätsorientierten Krankenhausplanung entwickelt werden.

In Umsetzung dieser Zielvorgabe umfasst das Projekt drei zentrale Module:

- Bestandsaufnahme der Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplänen der 16 Bundesländer
- Entwicklung von Anforderungskriterien für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung
- Ableitung von Handlungsempfehlungen

Bestandsaufnahme

Ziel der Bestandaufnahme zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung ist eine umfassende Analyse bzw. Systematisierung der einschlägigen Vorgaben in den bestehenden Landeskrankenhausplänen der 16 Bundesländer über eine bloße Deskription hinaus.

Mögliche Systematisierungskriterien sind etwa die folgenden:

- Allgemeine Zielvorgaben einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung
- Personelle Vorgaben (z.B. Mindestbesetzungen, Personalschlüssel, Fachkraftquoten, Qualifikationsniveau)
- Baulich-technische Ausstattung (z.B. Vorhaltung bestimmter Apparaturen oder Geräte)
- Strukturqualität (z.B. Fall- und Bettenzahlen, Personalstruktur, Leistungsspektrum, Mindestmengen)
- Prozessqualität (z. B. Hygiene- oder Behandlungsstandards)
- Ergebnisqualität (etwa Morbiditätsindikatoren)

Explizit sollen mit dem Projekt somit Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Bundesländer suffizient dargestellt werden. Über die Darstellung wesentlicher Unterschiede in einzelnen Bundesländern bei gleichen Erkrankungen lassen sich dabei auch die Schwierigkeiten für eine Qualitätsmessung darlegen.

Dr. Andreas Weigand

Anforderungskriterien

Ziel der Entwicklung von Anforderungskriterien ist es, allgemeine oder grundlegende Anforderungen für Qualitätsindikatoren oder -vorgaben im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu definieren. Die Erfüllung dieser Kriterien wäre somit eine notwendige Voraussetzung für die Berücksichtigung entsprechender Vorgaben in der Krankenhausplanung. Mögliche Anforderungskriterien, die hier ggf. relevant sein könnten, sind etwa die folgenden:

- Methodische Güte (Reliabilität,

Validität, Diskriminationsfähigkeit)
- Epidemiologische Relevanz (nach Häufigkeit von Leistungen/Leistungsbereichen, erforderliche Spezialisierungen und Versorgungsschwerpunkte)
- Medizinische Relevanz (etwa mit Blick auf Evidenzbasierung oder Expertenkonsens)
- Praktische Relevanz (z.B. Umsetzbarkeit, Kosten, Versorgungssicherheit, wohnortnahe Versorgung etc.).

Über die Anforderungsanalyse ist somit die Frage zu beantworten, ob und wie Qualitätsindikatoren in Zukunft für eine Krankenhausplanung operationalisiert werden können. In diesem Zusammenhang ist ggf. auch grundsätzlich die Frage zu klären, inwieweit in einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung künftig auch stärker die Ergebnisqualität Berücksichtigung finden soll und, falls ja, in welcher Form und mit welchen Daten (z.B. Routinedaten oder Daten der externen Qualitätssicherung).

Momentan können wir zu der Fragestellung: **„Umsetzung qualitätsorientierter Krankenhausplanung – Überblick und Schwerpunkte in den Bundesländern."** leider nur sehr begrenzt Auskunft geben, da der aktuelle Stand in den einzelnen Bundesländen sehr heterogen ist und noch sehr unterschiedliche Bestrebungen herrschen hier tätig zu werden. Hier sind vor allen Dingen die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlichen Spannungsfelder zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und politischen Entscheidungsträgern, ebenso wie die objektiven Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern (z. B. Flächenstaat / Stadtstaat) führend. Dies wir auch ein wesentlicher Punkt in der Zukunft sein

Foto: © Kurt Kleemann/fotolia.com

der einer bundesweit einheitlichen Krankenhausplanung in Bezug auf Qualitätskriterien entgegensteht. Des Weiteren sind rechtliche Aspekte zu beachten wenn einem mit Versorgungsauftrag zugelassenem Krankenhaus aufgrund von Qualitätskriterien, seien sie wie auch immer festgelegt worden bei Unterschreitung eines gewissen Niveaus die Leistungserbringung in bestimmten Bereiche entzogen werden sollte.

Was auf jeden Fall postuliert werden kann ist das Bestreben der Kostenträger die Qualitätsdiskussion nicht nur zum Wohle der Patienten zu führen, sondern auch hierin ein Instrument zu sehen um scheinbare Überkapazitäten im Krankenhausbereich abzubauen.

Letztendlich werden sich die Krankenhäuser und deren verschiedene Trägerschaften aber darauf einstellen müssen, dass es in Zukunft restriktive Leistungseinschränkungen für ein Krankenhaus aufgrund von Qualitätskriterien geben wird.

Die Voraussetzungen für eine bundesweite Regelung sind in vielen Punkten schon gegeben. In der BRD herrscht ein bundesweites einheitliches Abrechnungssystem welches auf ebenso bundesweit geltenden Katalogen zur Diagnose und Prozedurenverschlüsselung fußt. Ebenso ist die Mindestmengenregelung gerade durch höchstrichterlichen Spruch gestärkt worden. Auch in der Bund – Länder Arbeitsgruppe zur Krankenhausfinanzierung scheint ein fester Wille zu bestehen planbare elektive Leistungen, wie z. B Wirbelsäulenoperationen, Hüft – und Knie Teps nur noch an entsprechend ausgerüsteten und qualitativ guten Krankenhäusern erbringen zu lassen.

In den verschiedenen Krankenhausplänen finden sich diverse Leistungsbereiche mit Ansätzen für die Einbeziehung von Qualität:
- Gefäßmedizin
- Pneumologie und Thoraxchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Traumatologie
- Chronische Schmerzen

- Palliativ
- Tumorzentren, onkologische Schwerpunkte
- Akuter Herzinfarkt
- Notfallversorgung generell
- Kardiologie generell und Notfall
- Kinder und Jugendmedizin
- Neonatologie
- Kindgerechte Krankenhausversorgung
- Geburtshilfe
- Stroke
- Frühreha schwere Schädel Hirn Schädigungen
- Neurologische Frühreha Phase B
- Frühreha Querschnitt
- Geriatrie
- Transplantation
- Wirbelsäulenchirurgie
- Brustzentren
- Adipositaschirurgie/ Adipositas Behandlung
- Dialyse im Krankenhaus
- Diabetes
- Facharztstandard allgemein

Diese Leistungsbereiche sind aber nicht einheitlich für alle Bundesländer definiert, sondern unterscheiden sich teilweise erheblich. Manche Leistungsbereiche sind von vielen Ländern ausgeführt, wie Geriatrie, Stroke, Palliativ, Brustzentren, TU Zentren, manche nur von einem Land, wie chronische Schmerzen, Kinder und Jugendmedizin.

Auch gibt es deutlich unterschiedliche Anteile der Einbeziehung von Struktur- und Prozessqualität. Ergebnisqualität wird dagegen nur äußerst selten in die Krankenhausplanung mit einbezogen.

Die Landeskrankenhauspläne befinden sich auf unterschiedlichem Entwicklungsstand, mit unterschiedlichster Geltungsdauer und es bestehen unterschiedlichste Tiefen in der Beschreibung von Vorgaben. Manchmal sind diese sehr dezidiert, oft bestehen aber nur Verweise auf andere Leistungskataloge, oder weitere Konzepte ohne die Umsetzungsmöglichkeit, oder Verbindlichkeit zu beschreiben.

Die einzelnen **Leistungsbereiche in den Landeskrankenhausplänen** weisen zudem auch unterschiedliche Zertifizierungsanforderungen (z. B. in der Gefäßmedizin), nicht validierte Größenangaben für die Bettenzahl (z. B. Geriatrie ohne Größenangabe / 20 / 60 Betten), oder willkürliche Festlegung von z. B. 300 Geburten als Mindestanforderung für den Erhalt einer Abteilung auf.

Fazit

Die Krankenhäuser dürfen sich auf keinen Fall zurücklehnen, da die unterschiedlichen Voraussetzungen in den einzelnen Krankenhausplänen entweder administrativ übergangen, oder doch relativ schnell einheitliche Vorgaben entwickelt werden. Hierauf gilt es sich vorzubereiten und ein Krankenhaus muss sich individuell mit einer möglichen Leistungsbegrenzung strategisch auseinandersetzen und die Weichen für die Zukunft stellen.

Anschrift des Autors:
Dr. Andreas Weigand,
Vorstand Deutsches Krankenhausinstitut e. V.,
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

Dr. Bernhard Rochell

Novellierung der GOÄ: Rahmenvereinbarung PKV/BÄK – Stand der Umsetzung

GOÄ-Novelle – bisherige Entwicklungen

- November 2009: Die schwarz-gelbe Koalition vereinbart Novellierungen der GOZ und GOÄ in ihrem Koalitionsvertrag, Reihenfolge: GOZ vor GOÄ
- 2011: BMG erklärt die vorhergehende Einigung zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband auf ein gemeinsames Konzept zur GOÄ-Novellierung zur Voraussetzung für ein diesbezügliches Verordnungsverfahren
- Das in 2011 konsentierte Vorhaben der Verständigung entweder auf das BÄK-Modell oder das PKV-Modell für eine neue GOÄ bis Ende Februar 2012 nach dem „Highlander-Prinzip“ konnte nicht erreicht werden

Foto: © fovito/fotolia.com

- Einigung im März/April 2012 auf Spitzenebene auf einen Letter of Intent zur Novellierung der GOÄ (Entwicklung eines gemeinsamen „Integrationsmodells“)

- Mai 2012 – Politik befindet, dass die Verabschiedung oder gar Inkraftsetzung einer neuen GOÄ noch vor der Bundestagswahl 2013 nicht mehr umsetzbar ist

- August/November 2012: Weitere Verhandlungen zwischen dem PKV-Verband und der Bundesärztekammer bleiben unter Aufkündigung des o.g. Letters of Intent erfolglos

- Dezember 2012/Mai 2013: Die Bundesärztekammer und der 116. Deutsche Ärztetag fordern die Bundesregierung auf, den GOÄ-Punktwert unter Berücksichtigung der Inflationsentwicklung seit 1996 zu erhöhen

- Januar/Mai 2013: BMG/Bundesregierung lehnen Erhöhung des GOÄ-Punktwertes unter ergänzendem Hinweis auf ebenfalls zu erwartende Ablehnung durch die Länder im Bundesrat ab und rufen die Bundesärztekammer sowie den PKV-Verband erneut zur Entwicklung und Vorlage eines gemeinsamen Konzeptes für die Novellierung der GOÄ auf

- Juni 2013 bis November 2013: Wiederaufnahme der Gespräche zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband und Abschluss einer Rahmenvereinbarung zur GOÄ-Novellierung am 11. November 2013

GOÄ – Novelle: Ziele

- Ablösung der 18 bzw. 32 Jahre alten GOÄ (letzte Teilrevision 1996, letzte Gesamtrevision 1982) durch eine moderne, dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Gebührenordnung

- Stärkung der Transparenz, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit

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

- Fairer und angemessener, inhaltlich, medizinisch und ökonomisch plausibler Interessenausgleich zwischen den Betroffenen unter Erhaltung der in § 11 Satz 3 BÄO festgeschriebenen Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte:

  - Keine ökonomische Überforderung der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten

  - Angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen

GOÄ-Novelle – Inhalte der Rahmenvereinbarung

- Ziel einer umfassenden Novellierung der GOÄ in 2014 und deren anschließende stetige Weiterentwicklung und Pflege in einer den Verordnungsgeber unterstützenden gemeinsamen Arbeitsstruktur unter gleichberechtigter Einbeziehung der Beihilfe auf Kostenträgerseite

- Für die Novellierung und künftige Weiterentwicklung der

GOÄ notwendige gemeinsame Datenhaltung und Analyse

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

- Einigung über die Nutzung und Weiterentwicklung wesentlicher Stellgrößen der Anwendung und Interpretation der GOÄneu

  - Erhalt der Analogbewertungen
  - Erhalt des Steigerungsfaktors
  - Erhalt der Wahlarztkette
  - Persönliche Leistungserbringung
  - Schnittstelle GOÄ/DRG
  - Klärungsbedarf Honorarärzte
  - Einigung auf gemeinsame Maßnahmen zur Stärkung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung

GOÄ-Novelle und 117. DÄT – Was tun?

- Mit der Rahmenvereinbarung entspricht die BÄK der DÄT-Beschlussfassung 2011/12

- Die Politik unterstützt das gemeinsame Konzept, soweit auch die Beihilfe „mitmacht"

- Die Politik hat einseitigen Initiativen der BÄK einschließlich der Forderung nach einer GOÄ-Punktwertanhebung wiederholt eine Absage erteilt

- Dia alte GOÄ bedeutet kurzfristig zwar Ruhe, wird aber nicht jünger und das Risiko einer Abschaffung der GOÄ bzw. deren Vereinheitlichung mit dem EBM steigt

117. DÄT – Entschließungen zur GOÄ – Leitantrag: Das Gesundheitswesen zukunftssicher machen

117. Deutscher Ärztetag Düsseldorf,
27.05. - 30.05.2014
Beschlussprotokoll Seite 14 von 338 und Seite 15 von 338

GOÄ-Reform zügig umsetzen

Im November 2013 vereinbarten die BÄK und der Verband der Privaten Krankenversicherungen eine Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wechselnde Bundesregierungen haben eine Einigung zur Vorbedingung für die Aufnahme eines entsprechenden Gesetzgebungs- bzw. Verordnungsverfahrens erklärt. Die amtliche Gebührenordnung legt H≤chstsätze fest, um Patienten vor finanzieller überforderung zu schützen und bestimmt Mindestsätze, um die notwendigen Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung zu gewährleisten. Die letzte Gesamtrevision des Regelwerks fand im Jahr 1982 statt. Die Novellierung ist dringend notwendig, um die GOÄ auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zu bringen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an die Bundesregierung, nun ihren Teil der Vereinbarung zu erfüllen und für eine zügige rechtliche Umsetzung der GOÄ zu sorgen. Es muss ein Inflationsausgleich für die Vergangenheit geschaffen werden. Für die Zukunft ist ein regelmäßiger automatischer Inflationsausgleich durch die Einfügung einer Indexklausel vorzusehen. Seit 1996 beträgt die Inflation in Deutschland knapp 30 Prozent – der Punktwert der GOÄ ist hingegen gleich geblieben.

117. DÄT – Entschließungen zur GOÄ – Weitere Anträge zur GOÄ

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik GOÄ

I - 50 Grundbedingungen einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte
I - 46 Erhalt einer echten privatärztlichen Gebührenordnung
I - 39 Die Gebührenordnung für Ärzte muss als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs „Arzt/Ärztin" erhalten bleiben
I - 51 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – Rahmenvereinbarung
I - 08 GOÄ-Novellierung jetzt gesetzlich umsetzen!
I - 17 GOÄ-Novelle umsetzen
I - 47 Mehr Transparenz bei der GOÄ-Reform
I - 42 Vergütung der ärztlichen Leichenschau
I - 49 Analogziffer Durchführung Leichenschau
I - 48 Eigene Vergütung für Obduktionen

GOÄ-Reform zügig umsetzen

Apell an die Bundesregierung zur schnellstmöglichen rechtlichen Umsetzung der GOÄ-Reform auf Basis des BÄK/PKV-Konzepts unter Gewährleistung eines Inflationsausgleichs für die Vergangenheit und eines regelmäßigen automatischen Inflationsausgleichs für die Zukunft mittels einer Indexklausel.

117. DÄT – Entschließungen zur GOÄ – Inhalte der weiteren Entschließungen/ Beschlüsse zur GOÄ

- Dringender Appell an die Bundesregierung, den Bundestag, an die Länder und den Bundesrat sowie an die Beihilfeträger, die längst überfällige Novellierung der GOÄ entsprechend gesetzlich respektive auf dem Verordnungswege schnellstmöglich umzusetzen bzw. zu unterstützen.
- Forderung nach mehr Transparenz bei der GOÄ-Novellierung
- Einarbeitung des medizinischen Fortschritts in die GOÄ
- Berücksichtigung des Inflationsausgleichs
- Beibehaltung der Instrumente der Analogberechnung zur weiterhin verzögerungsfreien Erbringung innovativer Leistungen
- Beibehaltung des Steigerungsfaktors zur Darstellung und Berechnung von besonderen Aufwandssteigerungen im Individualfall (besondere Schwierigkeit, besonderer Zeitaufwand, besondere Umstände bei der Ausführung)

- Zukünftig regelmäßige und zeitnahe Anpassung der GOÄ in ihrer Bewertung
- Eine Angleichung an die EBM-Systematik ist unter allen Umständen zu vermeiden
- Einführung einer eigenständigen Vergütung für die Obduktion (Klinische Sektion)

GOÄ-Novelle – Aktuelle Entwicklungen

- Mittlerweile klares Votum des Bundesministers für Gesundheit zur Umsetzung der GOÄ-Novelle in dieser Legislaturperiode (Voraussetzung: BÄK, PKV und Beihilfe werden sich einig)
  - Seit Juni 2014 regelmäßige Berichterstattung beim BMG
- Gespräche mit der Beihilfe verlaufen bisher positiv
  - Vorstellung der Inhalte der GOÄ-Rahmenvereinbarung auf der Sitzung der Bund-Länder-Kommission für das Beihilferecht am 9. September 2014
  - Aktuell laufende Abstimmungen zur gemeinsamen Gesetzesinitiative
- Aktuelle und nächste Schritte
  - Gemeinsame Gesetzesinitiative
  - Eckpunkte zu Struktur und Ausgestaltung der Leistungslegenden
  - Dementsprechende Abstimmung eines ersten Musterkapitels (Endoprothetik)
  - Dementsprechende Detailabstimmung des Gebührenverzeichnisses
  - Abstimmung Laboratoriumsmedizin
  - Abstimmung der Bewertungssystematik (allgemein)
  - Abstimmung der Bewertung der Gebührenpositionen im Einzelnen
  - Abstimmung Abrechnungsbestimmungen, Paragraphenteil

Mit dem Abschluss der Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ haben Bundesärztekammer und PKV-Verband die von der Bundesregierung geforderte Voraussetzung für die Schaffung der rechtlichen Basis für die GOÄ-Novelle erfüllt. Nun liegt es an der Politik, den entsprechenden Rechtsrahmen zu beschließen!

Anschrift des Autors:
Dr. Bernhard Rochell,
Verwaltungsdirektor der KBV,
Wegelystraße 5, 10623 Berlin

Gerd Norden

Krankenhausreform 2015

Im Koalitionsvertrag von November 2013 wurde sie unter dem Stichwort „Qualitätsoffensive“ nachhaltig angekündigt: Die Krankenhausreform 2015. Zur inhaltlichen Vorbereitung wurde unter Leitung des Bundesministers für Gesundheit eine hochrangig besetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, die bis zum Jahresende 2014 Eckpunkte vorlegen sollte. Tatsächlich hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe fristgerecht „geliefert“: Mit Datum vom 05.12.2014 hat sie ein 24seitiges Konzept der Eckpunkte vorgelegt.

Die Präambel dieser Eckpunkte und eine erste kritische Würdigung in Form einer Pressemitteilung des VLK hierzu finden Sie nachfolgend.

Eine detaillierte Stellungnahme des VLK wird „nachgereicht“, sobald die ersten Gesetzestexte für diese Krankenhausreform vorliegen.

Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015

Präambel

1. Herausforderungen und Handlungsbedarf

Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Wir blicken in Deutschland auf eine leistungsfähige Krankenhausmedizin, die von über einer Million Beschäftigten getragen wird. Vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen und dem medizinischtechnischen Fortschritt ist die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann.

Die große Koalition hat in ihrem Koalitionsvertrag die Ziele einer modernen Krankenhauspolitik klar formuliert:

Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, sicher und gut erreichbar sein. Bund und Länder stellen sich gemeinsam dieser verantwortungsvollen Aufgabe. Zur Vorbereitung einer Krankenhausreform wurden in der Bund-Länder-AG Krankenhausreform die vorliegenden Eckpunkte entwickelt, die im Jahr 2015 in Gesetzen und Regelungen umgesetzt werden. Dies ist ein Einstieg in den bedarfsgerechten Umbau der Krankenhausversorgung, der von der Versorgung der Patientinnen und Patienten her gedacht ist.

Die beschlossenen Eckpunkte machen deutlich, dass Bund und Länder zu einer nachhaltigen Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser stehen und gemeinsam die notwendige Umstrukturierung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge gestalten wollen.

2. Qualität als Basis für eine sichere und transparente Krankenhausversorgung

Gute und sichere Krankenhäuser heißt, dass Versicherte sich auf eine gute und medizinisch gebotene Versorgungsqualität verlassen können müssen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wurde bereits eingerichtet und nimmt 2015 seine Arbeit auf. Qualität ist ein Schlüsselfeld bei der Weiterentwicklung der Versorgung. Es ist unser Ziel, dieses Element auf allen Ebenen noch stärker und konsequenter zur Geltung zu bringen. Qualität und Versorgungsstrukturen sind nicht zu trennen und müssen zusammen gedacht werden.

Wir haben bereits ein sehr hohes Qualitätsniveau erreicht, aber auch der Handlungsbedarf ist offensichtlich. Kritik an mangelnder Hygiene, zu wenig Pflegepersonal und unnötigen Operationen werden immer wieder in der Öffentlichkeit geäußert. Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und in hoher Qualität in jedem Krankenhaus behandelt werden.

Der Gestaltungsprozess der Qualitätssicherung wird mit diesen Eckpunkten fortgesetzt.

Foto: © july97/fotolia.com

Dazu haben wir insbesondere folgende Maßnahmen vereinbart.

- Qualität soll als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder gesetzlich eingeführt werden. Die Länder werden so effektiv bei der Qualitätsplanung unterstützt. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsindikatoren entwickeln und diese den Ländern für Planungszwecke zur Verfügung stellen.

- Damit Patienten sich besser über die Qualität von Krankenhäusern informieren können, sollen die Qualitätsberichte verständlicher und transparenter werden.

- Für Leistungen mit außerordentlich guter Qualität soll es zukünftig möglich sein, Zuschläge zu vereinbaren. Das bedeutet auch, dass Krankenhäuser mit besonders schlechter Qualität, Abschläge bei der Vergütung hinnehmen müssen, wenn es ihnen nicht gelingt, die Mängel innerhalb eines Jahres abzustellen.

- Für die besonderen Leistungen von Zentren sollen zukünftig auch Zuschläge für besondere Vorhaltungen für Seltene Erkrankungen oder für die Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen vereinbart werden.

Die Sicherstellung einer gut erreichbaren Krankenhausversorgung ist ein Kernelement der Daseinsvorsorge. Auch zukünftig muss in strukturschwachen ländlichen und urbanen Regionen ein ausreichendes medizinisches Versorgungsangebot gewährleistet sein. Sicherstellungszuschläge sollen dann vereinbart werden, wenn ein bestimmtes Versorgungsangebot eines Krankenhauses wohnortnah erhalten werden muss. Krankenhäuser, die in einem hohen Umfang Notfallstrukturen vorhalten, sollen besser gestellt werden als Häuser, die sich mit einem geringeren Umfang oder gar nicht an der Notfallversorgung beteiligen.

3. Gute Versorgung – von der Basis bis in die Spitze

Zu guten, sicheren und erreichbaren Krankenhäusern gehört

auch eine verantwortungsvolle Finanzierung. Bund und Länder stehen gemeinsam zu einer ausreichenden Finanzierung des laufenden Krankenhausbetriebs.

Durch eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen sollen Fehlsteuerungen vermieden und Gelder zielgenauer eingesetzt werden. Dies betrifft z.B. Maßnahmen zur Mengensteuerung, eine verbesserte Berücksichtigung der Kostensituation bei der Fallpauschalenkalkulation und eine verbesserte Notfallvergütung.

Die Universitätskliniken sind mit ihren vielfältigen Aufgaben in der medizinischen Behandlung sowie in Forschung und Lehre unverzichtbar und leisten einen entscheidenden Beitrag zur innovativen Spitzenmedizin in Deutschland. Neben den genannten Schritten kommen weitere zielgerichtete Maßnahmen wie Qualitätszuschläge, Stärkung der Notfallversorgung sowie die besondere Vergütung von Zentren insbesondere auch den Unikliniken zugute. Die Struktur und die Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen werden angemessen und leistungsorientiert weiterentwickelt.

4. Einrichtung eines Pflegestellenförderprogramms

Gerade wer krank ist, wünscht sich Pflege und Zuwendung. Zugleich sind wir uns der Verantwortung bewusst, die jede und jeder Beschäftigte eines Krankenhauses für das Leben und die Gesundheit der Patienten trägt. Wir haben uns deshalb entschlossen, ein Pflegestellenförderprogramm in Höhe von 660 Mio. Euro in drei Jahren einzurichten. Mit dem Programm soll die allgemeine Pflege (ausschließlich "Pflege am Bett") dauerhaft gestärkt werden.

Foto: © MK-Photo/fotolia.com

Wir werden eine Expertinnen- und Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung, die beim BMG angesiedelt ist, einsetzen. Sie soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden. Abhängig vom Prüfergebnis sollen Vorschläge unterbreitet werden, wie die sachgerechte Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte erfolgen kann.

5. Strukturfonds

Die Länder führen die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durch und haben die Investitionsmittel für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen. Um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voran zu bringen, werden in einem Strukturfonds einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten. So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. Bsp. Gesundheits- oder Pflegezentren) zu fördern. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugute kommen.

Gerd Norden

Leitende Krankenhausärzte zu den Eckpunkten der Bund/Länder-Kommission: „Halbherzig und nicht zu Ende gedacht!“

Als halbherzigen Ansatz, der nicht ausreichen wird, das im Koalitionsvertrag genannte hochgesteckte Ziel der „Patientenversorgung nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität“ wirklich zu erreichen, bewertet der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) die am 05.12. von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegten Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015.

„Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe betont zwar das Bekenntnis von Bund und Ländern zu einer nachhaltigen Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser. Die Regelfinanzierung für den Investitionsbereich wird – wie schon in den Vorgänger-Gesetzen – wohl mit Rücksicht auf die desolate Finanzlage der Bundesländer nicht erwähnt. Damit wird der aktuelle Zustand unzureichender Investitionsmittel nicht nur ausgeklammert sondern einmal mehr zementiert. Damit müssen Krankenhäuser auch künftig Mittel für Investitionen aus den Erlösen der DRG-Fallpauschalen abzweigen, um nicht vom medizinisch-technischen Fortschritt abgekoppelt zu werden“ so der Präsident des VLK, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser.

Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gehöre aber neben der Gewährung leistungsgerechter Erlöse auch die Übernahme von Investitionskosten durch die öffentliche Hand. Dies gebe § 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor. „Wenn zur Erreichung der gesetzlich definierten wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nur ein Element in die Reformüberlegungen einfließt, das 2. Standbein – die Investitionsförderung – jedoch unberücksichtigt bleibt, dann kann die angestrebte beste Qualität auch nicht erreicht werden“, so der VLK-Präsident.

Der in den Eckpunkten vorgesehene Strukturfonds ziele zwar auf Umstrukturierungsmaßnahmen des Krankenhausbereiches, sei aber ausdrücklich als zusätzliches Instrument zur Regelinvestitionsfinanzierung deklariert. Damit wird zwar öffentlichkeitswirksam gut gebrüllt, realiter entpuppt sich der Fonds jedoch als Papiertiger, der an der als Voraussetzung genannten 50%-Beteiligung der Länder scheitern dürfte.

Grundsätzlich positiv beurteilt der VLK die in den Eckpunkten vorgesehenen Sicherstellungszuschläge zur Erhaltung wohnortnaher Versorgungsangebote, die Zuschläge für Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, die angedachten Zuschläge für Krankenhäuser mit Zentrumsfunktionen, die Berücksichtigung der Mehrkosten in Folge von G-BA-Beschlüssen und die geplante Anwendung des vollen Orientierungswertes für die Steigerung der Krankenhausbudgets. Allerdings müssten hierbei die anstehenden konkreten Detailregulierungen vor einer endgültigen Bewertung abgewartet werden.

Als nicht zu Ende gedacht bezeichnet Präsident Weiser die vorgesehene Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die örtliche Krankenhausebene. Zwar sei es sachgerecht, die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert aufzuheben. Jedoch konterkarierten die angekündigten Abschläge für Mengensteigerungen auf der Krankenhausebene das von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe propagierte Ziel der Qualitätssteigerung in den Fällen, in denen Mengenausweitungen aufgrund qualitativer Einflussfaktoren erfolgten.

Als eines der wesentlichen Elemente in den Eckpunkten wertet der VLK die angekündigte Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch das neugegründete Qualitätsinstitut. „Diese Qualitäts-

indikatoren sollen rechtssichere Kriterien als Grundlage für die Planungsentscheidungen der Bundesländer und auch für ggf. vorzunehmende Zu- oder Abschläge für die Leistungserbringung der Krankenhäuser liefern. Es wird sehr darauf ankommen, wer diese Indikatoren mit welcher Detailschärfe erarbeitet und wie konsensfähig sie gestaltet werden. Denn die Qualitätsindikatoren sollen offensichtlich – so Präsident Weiser – das Skalpell werden, mit dem Krankenhäuser ggf. aus der Kette der Leistungserbringer herausgeschnitten werden können."

Pressekontakt:
Gerd Norden
Telefon: 0211/45 49 90
E-Mail: info@vlk-online.de

Bücher

Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit

G. Maio
Thieme, Stuttgart 2014
217 Seiten
ISBN 978-3-8304-6749-6
18,50 EUR

Die moderne Medizin kann die meisten bekannten Krankheiten heilen, sie kann Leben verlängern, Körper verschönen, Fehlbildungen korrigieren, Verschleißteile ersetzten, es wird eine Machbarkeit des Lebens suggeriert, die dem Menschen nicht zusteht. Der Autor möchte das nicht Machbare aufzeigen und den Blick auf Begrenzungen lenken, die den Gestaltungswillen des Menschen einengen.

Seine Überlegungen beginnen mit der technisierten Fortpflanzung durch Zeugung im Reagenzglas. Die Medizin sollte nicht die Herbeiführung einer Geburt, sondern die Linderung des Leidens an ungewollter Kinderlosigkeit anstreben. Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik sind wie die Möglichkeit zur Abtreibung Elemente einer angestrebten Kontrollierbarkeit und Machbarkeit ungeborenen Lebens in der Vorstellung, gesunde Kinder garantieren zu können. Dem Kind als „reklamierbares Produkt" oder „vermeidbares Übel" wird das Leben als Geschenk gegenübergestellt.

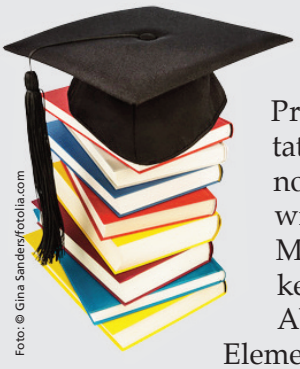


Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

„Human Enhancement", die Optimierung nicht nur der Körperform sondern auch kognitiver Leistungen ist eine verständliche Folge einer Leistungsgesellschaft, am ehesten bekannt ist aus der kosmetischen Chirurgie und dem Doping im Sport. Dazu der Autor: Vielleicht ist eine gute Medizin im Sinne einer Heilkunde sogar nur eine Medizin, die selbst Rückgrat hat und sicht nicht für jedes Ziel einer ökonomisierten Leistungsgesellschaft hergibt."

Ein umfangreicher Abschnitt ist der Organtransplantation gewidmet, spezielle Überlegungen gelten dem Hirntod. Transplantationsmedizin ist nach Sicht des Autors nicht in erster Linie ein technischer Vorgang, sondern „Beziehungsmedizin", in der der Arzt als Vermittler und Ratgeber zwischen Spender und Empfänger eine wichtigre Rolle spielt.

Alter kann für die Medizin nicht in erster Linie ein Objekt eine Anti-Aging-Medizin sein vielmehr ist Alter eine Phase, die den Bogen des Lebens vollendet und zu einem „runden" leben gehört.

Betrachtungen zum Sterben und Tod führen auch zur Auseinandersetzung mit dem aktuellen Problem der aktiven

Sterbehilfe. Der Tendenz, den Tod nach eigenen Vorgaben herbeizuführen wird eine Haltung des Erwartens, des Abwartens und der Zulassung als angemessener Umgang mit dem Lebensende gegenübergestellt.

Die Medizin soll ihre einseitige Konzentration auf das technisch Machbare aufgeben und sich dem kranken Menschen im Sinne einer Heilkunde zuwenden, „die ihn aufschließt für seine innere Befähigung, das, was schicksalhaft da und nicht zu ändern ist, dadurch zu überwinden, dass es als Bestandteil des eigenen Lebens angenommen wird".

Dieser Forderung kommt das Buch in hervorragender Weise entgegen.

Prof. Dr. K. H. Schriefers
(Koblenz)

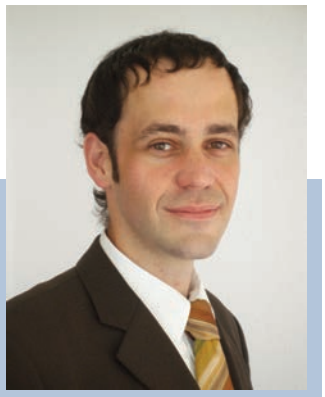
RA Alexander Denzer und RA Marc Rumpenhorst

Honorararzt kein Wahlarzt!

– Urteil des BGH vom 16.10.2014 – III ZR 85/14 –

Die Kooperation von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung im Krankenhaus, meist operativ, tätig werden, ohne dort angestellt zu sein, ist um ein weiteres Kapitel reicher. Der Bundesgerichtshof hatte sich mit der Frage zu befassen, ob niedergelassene Ärzte, die nicht beim Krankenhaus angestellt sind, sog. Honorarärzte, im und für das Krankenhaus wahlärztliche Leistungen erbringen und abrechnen dürfen.

Alexander Denzer



Marc Rumpenhorst

Rückblick

Die mit der Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) zum 01.01.2007 eröffnete Auseinandersetzung um die Erbringung von Krankenhausleistungen durch niedergelassene Freiberufler ist um eine Facette reicher. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz[1] ist die – bis dahin untersagte – Vereinbarkeit der Tätigkeit des Vertragsarztes mit der Tätigkeit in einem Krankenhaus hergestellt worden. Aus vertragsarztrechtlicher Sicht war damit der Weg für die Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, sogenannter Honorararztmodelle, geebnet.

Krankenhausrechtlich haben zunächst das Landessozialgericht Sachsen[2] und auch das Bundessozialgericht[3] verneint, dass es sich bei Honorarärzten um Ärzte bzw. „Operateure des Krankenhauses“[4] im Sinne des Vertrages nach § 115 b SGB V bzw. um Ärzte des Krankenhauses und damit um – abrechenbare – Leistungen des Krankenhauses handele. Unter ausdrücklicher Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts hat der Gesetzgeber dann zunächst § § 115 b Abs. 1 SGB V[5] geändert und – für den stationären Bereich – § 2 KHEntgG dahingehend erweitert, das Krankenhäuser ihre Krankenhausleistungen auch durch „nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärzte“ erbringen dürfen.[6]

Der nichtfestangestellte Arzt„Mit der Regelung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG, Anm. d. Verf.) wird ausdrücklich gesetzlich verankert, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen können…. Die Erbringung und Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen können nicht vom Status des ärztlichen Personals im Krankenhaus (Beamten- oder Angestelltenverhältnis oder sonstige Vertragsbeziehung) abhängen. Die Vorgaben für Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, jederzeit verfügbares ärztliches Personal vorzuhalten, sind im Übrigen statusneutral. Es ist deshalb auch nicht geboten, die Tätigkeit z.B. von niedergelassenen Ärzten in

[1] Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 – BGBl. I, S. 3439.
[2] LSG Sachsen Urteil vom 30.04.2008 – L 1 KR 103/07.
[3] BSG Urteil vom 23.03.2011 B 6 KA 11/10 R.
[4] § 7Abs.4 AOP-Vertrag
[5] Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) vom 22.12.2011 BGBl. I S. 2981 (Nr. 70).
[6] Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) vom 21.07.2012 BGBl. I S. 1613 (Nr. 35).

Krankenhäusern nur über ein Anstellungsverhältnis zu gestatten… .“[7]

Honorararzt = Wahlarzt?

Die vorstehende Gesetzesbegründung erlaubt niedergelassenen Ärzten „allgemeine“ Krankenhausleistungen, nicht aber auch ausdrücklich wahlärztliche Leistungen erbringen.Denn trotz Änderung des § 2 KHEntgG ist der die Wahlarztkette regelnde § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG unverändert geblieben, nach dem sich eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten „angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses“, soweit diese liquidationsberechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, erstreckt.

Der Fall des BGH

Der auf Honorarrückzahlung verklagte niedergelassene Facharzt für Neurochirurgie hatte mit einer privatversicherten Patientin eine „Vereinbarung über Behandlung gegen Privatrechnung“ abgeschlossen in Ergänzung einer zwischen der Patientin und dem Krankenhausträger getroffenen Wahlleistungsvereinbarung; als Wahlarzt war der niedergelassene Arzt in der Wahlleistungsvereinbarung bzw. der die Wahlärzte benennenden Anlage nicht aufgeführt.

Die Entscheidung

Der niedergelassene Arzt konnte, so der BGH, keine gesonderte Berechnung der von ihm als Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen aus der mit dem Krankenhausträger zustande gekommenen Wahlleistungsvereinbarung beanspruchen. Mit der Wahlleistungsvereinbarung könne ein Patient – gegen Zahlung eines zusätzlichen Honorars – sicherstellen, dass ihm die persönliche Zuwendung und besondere Qualifikation und Erfahrung des von ihm gewählten liquidationsberechtigten Arztes zu Teil werde, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob er nach Art und Schwere der Erkrankung auf die Behandlung durch einen besonders qualifizierten Arzt angewie-

[7] Bundestagsausschuss für Gesundheit, Beschlussempfehlung und –bericht, BT-Drs. 17/9992, S. 26, zitiert aus OVG Lüneburg Urteil vom 12.06.2013 – 13 LC 173/10.

sen sei. Der Kreis der in Betracht kommenden Wahlärzte werde durch § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG festgelegt. In der Wahlleistungsvereinbarung sei er weder als Wahlarzt noch als „gewünschter" Stellvertreter des Wahlarztes aufgeführt. Ferner seien niedergelassene Honorarärzte, die aufgrund eines Kooperationsvertrages im Krankenhaus tätig werden, ohne dort angestellt zu sein, weder Beamte noch Angestellte des Krankenhauses. Darüber hinaus erstrecke sich eine Wahlleistungsvereinbarung auch auf die Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, soweit diese Leistungen im Rahmen der Behandlung des Patienten von angestellten oder beamteten Krankenhausärzten mit eigenem Liquidationsrecht veranlasst würden. Jedoch treffe auch dieses Kriterium auf die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes hier nicht zu, weil die Operation nicht „außerhalb des Krankenhauses" erfolgte, sondern die vom Krankenhausträger geschuldete Hauptbehandlungsleistung darstellte. Zudem habe der niedergelassene Arzt seine ärztliche Leistung auch nicht als externer Wahlarzt „auf Veranlassung" eines angestellten oder beamteten Krankenhausarztes mit eigener Liquidationsberechtigung ausgeführt.

Der BGH stellt fest, dass § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG den Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend festlege. Hierbei handele es sich um eine dem Schutz des Privatpatienten dienende zwingende preisrechtliche Norm, von der auch nicht im Wege einer unmittelbar zwischen behandelndem (nicht liquidationsberechtigten) Honorararzt und dem Patienten zustande gekommenen individuellen Vergütungsabrede abgewichen werde könne. Der BGH erklärte die „Vereinbarung über Behandlung gegen Privatrechnung" für nichtig. Die Möglichkeit der Vereinbarung einer direkten Abrechnung der Honorarärzte gegenüber Patienten widerspreche auch dem Sinn und Zweck der Wahlleistungsvereinbarung sowie der Erbringung wahlärztlicher Leistungen. Dem Patienten gehe es schließlich darum, sich über den Facharztstandard hinaus, der bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen ohnehin geschuldet sei, die Leistungen hochspezialisierter Spezialisten „hinzuzukaufen", so der entscheidende Senat. Diese, ein zusätzliches Entgelt erst rechtfertigende herausgehobene ärztliche Qualifikation könne nicht bei allen Honorarärzten von vornherein gleichsam „automatisch" angenommen werden. Die Berechnung eines gesonderten Entgeltes für wahlärztliche Leistungen würde grundsätzlich in Frage gestellt, wenn die Leistungen gewissermaßen „jeder" Honorararzt berechnen könnte, und zwar auch dann, wenn er nur bei den allgemeinen Krankenhausleistungen geforderten Facharztstandard leiste.

Fazit

Abschließend ist mit dem BGH festzuhalten, dass es dem gesetzgeberischen Zweck des § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG entspricht, den Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend festzulegen und die gesonderte Abrechnung ärztlicher Wahlleistungen durch Honorarärzte zu verbieten. Die Kooperation zwischen niedergelassenen Honorarärzten und Krankenhausträgern erhält damit an einer empfindlichen Stelle einen Dämpfer – nicht zuletzt zugunsten derjenigen klinikleitenden Chefärzte, die sich bisher der Konkurrenz um wahlärztliche Leistungen durch Honorarärzte in der eigenen Abteilung ausgesetzt sahen (und noch sehen). Diese liquidationsberechtigten Chefärzte dürfen sich durch das nunmehr ergangene Urteil des BGH mittelbar durchaus geschützt fühlen. Dass sich der Gesetzgeber – wie zuletzt auch in anderen Bereichen des Medizinrechts – veranlasst sieht, diese Rechtsprechung durch eine Änderung von § 17 Abs. 3 KHEntgG zu „korrigieren", ist eher unwahrscheinlich, da er – worauf der BGH in seinem Urteil ausdrücklich hinweist – eine Änderung des Kreises der Erbringer wahlärztlicher Leistungen erst vor kurzem bewusst unterlassen hat.

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

Das stand auf der Agenda

November 2014

Foto: © frankdaniels/fotolia.com

05.11.2014, Düsseldorf
- Eröffnungspressekonferenz 37. Deutscher Krankenhaustag und MEDICA, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

05.11.2014, Berlin
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Berlin im VLK, VLK-Teilnehmer: u. a. Prof. Dr. Hans-Jochen Stolpmann, Gerd Norden

12. - 15.11.2014, Düsseldorf
- 37. Deutscher Krankenhaustag, VLK-Teilnehmer: Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

17.11.2014, Hamburg
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Hamburg im VLK, VLK-Teilnehmer: u. a. Dr. Jürgen Brenner, Gerd Norden

18.11.2014, Berlin
- Fachausschuss für Krankenhausfinanzierung der DKG VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

19.11.2014, Düsseldorf
- Haushaltsauschuss DKI, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

20.11.2014
- Telefonkonferenz des Präsidiums, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Dr. Jürgen Brenner, Gerd Norden

24.11.2014, Düsseldorf
- Gespräch mit Vorstand KfH, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden, RA Norbert H. Müller

25.11.2014
- Telefonkonferenz der Arbeitsgruppe „Zertifikat generationen-freundliche-Klinik“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Alex Blaicher, Gerd Norden

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

heinrich-schelper-straße 2
27356 rotenburg (wümme)
telefon 04261 41417-50

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

Heinrich-Schelper-Straße 2 · 27356 Rotenburg
Telefon: 04261 - 41417-70
E-Mail: info@rundschau-onlinedienst.de
www.rundschau-onlinedienst.de