ARZT UND KRANKENHAUS

VLK
VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

3
88. Jahrgang
März 2015

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © DOC RABE Media/fotolia.com

Notfall ambulante Notfallversorgung

- Der „neue VLK" – Gesprächspartner für private Klinikbetreiber?
- Wohin entwickelt sich die variable Vergütung der Chefärzte?

Krankenhäuser in der Notfall-Falle

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

Früher – und das ist noch gar nicht so lange her – kam's nicht so genau darauf an: Die Kollegen in der ambulanten Versorgung hatten Feierabend oder Wochenende, aber im Krankenhaus waren ja sowieso rund um die Uhr die Lichter an. Es war also kein Problem, im Notfall im Krankenhaus vorbeizukommen und sich dort behandeln zu lassen. Ein bisschen unpersönlicher vielleicht als in der Praxis des eigenen Hausarztes, aber dafür Tag und Nacht verfügbar. Und keiner hat daran gerüttelt.

Inzwischen wurden Wettbewerb und Effizienz ausgerufen und an allen Seiten die Sparschrauben angesetzt. Mit dem äußerst fadenscheinigen Argument: Wer das nicht durchhält, liefert halt schlechte Qualität und ist nicht wettbewerbsfähig! Es ist die Dummdreistigkeit dieser Argumentation, die uns Verantwortungsträger in der Krankenhausversorgung zwingt, auch solche Bereiche nach ökonomischen Aspekten zu durchleuchten, die sich der Ökonomie dem Grunde nach entziehen. Die Notfallversorgung im Krankenhaus gehört dazu: Eigentlich hat sie einfach „da" zu sein. Aber wenn uns der Geldhahn zugedreht wird, dann müssen wir darauf hinweisen, dass es auch diese Leistung nicht zum Nulltarif oder zu Dumpingpreisen geben kann.

Längst fällig war also der Blick darauf, was diese Notfallversorgung die Krankenhäuser eigentlich kostet. Denn bei einem Fehlbetrag von 88 Euro pro Fall ist – wie wir jetzt wissen – von „gratis" erbrachten Gesamtleistungen in Höhe von etwa 1 Milliarde Euro auszugehen. Sorry, aber das geht nicht: Die Kassenärztlichen Vereinigungen entledigen sich auf Kosten der Krankenhäuser ihres Sicherstellungsauftrags (zu dem sie übrigens gesetzlich verpflichtet sind), während Politik und Kassen schulterzuckend und ohne finanzielle Kompensation auf die 24 Stunden an 7 Wochentagen-Präsenz der Krankenhäuser zurückgreifen!

Darüber müssen wir in Zeiten von Ökonomie und Kosteneffizienz reden – ob wir wollen oder nicht. Wir können schlicht nicht mehr tolerieren, dass Ärzte und Pflegepersonal im Krankenhaus verheizt werden, während in der ambulanten Versorgung nach auskömmlicher „work/lifebalance" gerufen wird. Ich kann verstehen, dass es gerade in der Fläche für die niedergelassenen Kollegen nicht lustig ist, mehrmals im Monat zu Notdiensten herangezogen zu werden, aber wir können und dürfen diese Not nicht auf dem Rücken der Mitarbeiter in unseren Krankenhäusern austragen. Sonst ist auch da bald der Ofen aus.

Fragen sollten wir uns vielmehr, ob nicht aus dem erkennbaren Dilemma der Weg zu neuen Versorgungs- und Kooperationsmodellen entwickelt werden müsste: Wenn wir seit Jahrzehnten von der Verzahnung der Sektoren reden, dann könnte uns schlicht die Not in der Notfallversorgung dazu zwingen, mit den Verantwortungsträgern im ambulanten Sektor darüber zu sprechen, ob Krankenhäuser nicht generell berechtigt werden sollten, das Notfallgeschehen vor Ort gemeinsam mit den ambulanten Kollegen zu organisieren. Neben den Kooperationen im Rahmen des § 116b und dem jetzt verbindlichen Entlassmanagement hätte man damit schon einen dritten Bereich, in dem stationäre und ambulante Ärzte zur Vertragspartnerschaft zusammenfinden könnten und müssten.

Sie können ja vor Ort mal darüber diskutieren. Die Zahlen, die jetzt auf dem Tisch liegen (und die wir im Heftverlauf weiter interpretieren), sind vielleicht ein guter Einstieg, um Versorgung grundlegend neu und kooperativer zu denken.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

79 **Krankenhäuser in der Notfall-Falle**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

82 **Notfall ambulante Notfallversorgung**
Gerd Norden
Statements zum Gutachten:
88 - Jens Spahn, MdB
88 - GKV-Spitzenverband
88 - NAV-Virchow-Bund
89 - Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands
90 - Kassenärztliche Bundesvereinigung
90 - Bürgerinitiative Gesundheit
91 - DKG

Berufs- und Gesundheitspolitik

93 **Gefühlte Gräben überwinden**
Ist der „neue VLK“ ein Gesprächspartner der privaten Klinikbetreiber in Deutschland?
Dr. Bernd Klinge

97 **Wohin entwickelt sich die variable Vergütung von Chefärzten?**
Thomas Thurm

101 **Die Zukunft der ländlichen Krankenhausversorgung**
Karl Blum, Sabine Löffert, Alexander Morton, Matthias Offermanns, Carsten Schäfer

106 **Keine Zeit für Weiterbildung?**
Das Mastertrainer-Konzept von BDC und BDI geht neue Wege
Annette Scholz

Recht

Der Rechtsrat – Kurz und bündig
108 Ärztliche Leitung der Intensivstation ohne formelle Zusatzbezeichnung

109 Nachvertragliche Verpflichtung zu Stellungnahmen
RA Norbert H. Müller

Rubriken

VLK intern
110 VLK-Zukunftspreis 2015
111 Mitgliederversammlung Internisten
112 Mitgliederversammlung Chirurgen
113 Mitgliederversammlung Anästhesisten

81 **Personen und Hintergründe**
115 **Agenda**
96 **Impressum**

Milliarden-Defizit durch Notfallversorgung
Einem durchschnittlichen Erlös von 32 € pro ambulantem Notfall stehen Fallkosten von mehr als 120 € gegenüber. Mehr als 10 Millionen ambulante Notfälle mit einem Fehlbetrag von 88 € pro Fall führen zu 1 Milliarde nicht gedeckter Kosten bei den Krankenhäusern.

Foto: © DOC RABE Media/fotolia.com

82

Zukunftsorientierte Kooperation ist möglich
Das Interview des Vorsitzenden des VLK-Landesverbandes Sachsen-Anhalt mit dem Regionalgeschäftsführer Mitte der HELIOS Kliniken macht deutlich, dass der VLK und ein privater Klinikbetreiber im Hinblick auf die aktuellen berufspolitischen Themen nicht all zu weit auseinander liegen. Dies macht Hoffnung auf eine zukunftsorientierte Kooperation.

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

93

Variabler Anteil an Gesamtvergütung nimmt zu
Auch bei den ärztlichen Positionen sind die Gehälter im Jahre 2014 im Durchschnitt um 2,9% gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Bei den Chefarztgehältern liegt der Anteil der variablen Vergütung an der Gesamtvergütung bei durchschnittlich 45%.

Foto: © fotomek/fotolia.com

97

Droht ländlichen Krankenhäusern der Kollaps?
Die wirtschaftliche Lage der ländlichen Krankenhäuser ist kritisch: 44 % dieser Krankenhäuser haben im Jahre 2013 Verluste geschrieben. 41 % der ländlichen Krankenhäuser erwarten eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation in den kommenden Jahren.

Foto: © BERLINSTOCK/fotolia.com

101

GOÄ-Informationspaket soll bis 31.03. an BMG gehen

Die Bundesärztekammer und der Verband der privaten Krankenversicherung wollen dem Bundesgesundheitsministerium bis 31.03.2015 ein erstes Informationspaket für einen abgestimmten Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte übergeben. Das sagte der Vorsitzende des Bundesärztekammer-Ausschusses „Gebührenordnung", Dr. Theodor Windhorst. Wenn alles planentsprechend verlaufe, könne die neue privatärztliche Gebührenordnung am 1. Oktober 2016 in Kraft treten. Windhorst wies aber daraufhin, dass auch die Zustimmung der Beihilfe notwendig sei.

Dr. Theodor Windhorst

Methodenfächer sagen vorerst „nein" zum SpiFa

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschland (SpiFa), der durch den Zusammenschluss mit der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB) zur alleinigen Vertretung der Fachärzteschaft ausgebaut werden soll, kann vorerst nicht mit dem Beitritt aller Facharztgruppen rechnen. Die Mitgliedverbände der Arbeitsgemeinschaft Fachärztlicher Methodenfächer (AGMF) haben sich zunächst gegen einen Beitritt und für den Verbleib im GFB ausgesprochen.

Die in der AGMF zusammengeschlossenen Fachgebiete fühlen sich durch die derzeit diskutierte Satzung des SpiFa nicht ausreichend repräsentiert. So soll unter anderem einer großen Zahl selbständiger, freier, fachärztlicher Berufsverbände ein eigenes Stimmrecht verwehrt werden, darunter den AGMF-Mitgliedverbänden.

Gröhe: Impflicht kann kein Tabu sein

„Der Masernausbruch in Berlin zeigt, wie wichtig ein guter Impfschutz ist. Ich rate dringend dazu, den eigenen Impfstatus überprüfen zu lassen und die empfohlenen Impfungen nachzuholen. Die empfohlenen Impfungen sind sicher und werden von den Krankenkassen bezahlt. Wer seinem Kind den Impfschutz verweigert, gefährdet nicht nur das eigene Kind, sondern auch andere – das kann bis zum Tod führen. Die Impflücken in Deutschland sind noch immer zu groß. Wir brauchen jetzt einen Kraftakt, um die Impfbereitschaft zu steigern. Deshalb werden wir mir dem Präventionsgesetz festschreiben, dass bei der Aufnahme in die Kita ein Nachweis über eine ärztliche Impfberatung vorgelegt werden muss. Wir müssen die Eltern davon überzeugen, wie gefährlich diese Krankheit ist. Wenn all diese Maßnahmen nicht helfen, kann eine Impfpflicht kein Tabu sein."

Hermann Gröhe

MB fordert 10% mehr Medizin-Studienplätze

5mal so viele Bewerber wie Studienplätze im Fach Humanmedizin – diesem krassen Missverhältnis soll die Politik mit einer deutlichen Erhöhung der Medizinstudienplätze um mindestens 10% begegnen, fordert der Marburger Bund in einem aktuellen Positionspapier zur Reform des Medizinstudiums. Die Erhöhung könne durch größere Kapazitäten bestehender medizinischer Fakultäten, aber auch durch die Gründung neuer Fakultäten öffentlicher Hochschulen gewährleistet werden. „Wir brauchen mehr Studienplätze, um ausreichend medizinischen Nachwuchs auszubilden. Mit den heutigen Kapazitäten, die weitgehend den vor 25 Jahren entsprechen, wird sich das Niveau der ärztlichen Versorgung nicht aufrechterhalten lassen, wenn in 10 Jahren die erste Ruhestandswelle auf uns zukommt", erklärte Dr. Andreas Botzlar, 2. Vorsitzender des Marburger Bundes. Derzeit werden pro Jahr etwa 10.600 Studierende zum Medizinstudium zugelassen. Nimmt man den Stand vor der Deutschen Wiedervereinigung zum Maßstab, müssten heute unter Einbeziehung der medizinischen Fakultäten in den ostdeutschen Bundesländern rechnerisch mindestens 16.000 Plätze pro Jahr zur Verfügung stehen.

Gerd Norden

Notfall ambulante Notfallversorgung

In der Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) wird im Zusammenhang mit der geplanten Änderung des § 75, 1 b SGB V festgestellt: „In der Praxis findet die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zunehmend nicht innerhalb des von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes, sondern durch die Notaufnahmen von zugelassenen Krankenhäusern statt." Als Konsequenz sieht der Gesetzentwurf zwar die Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vor, verpflichtet diese aber zur Kooperation mit den Krankenhäusern. Entweder durch Beibehaltung und Stärkung bereits bestehender Kooperationen oder durch den gesetzlichen Auftrag, im Rahmen der Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes mit den Krankenhäusern regelhaft zu kooperieren.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) die Hamburger Management Consult Kestermann GmbH (MCK) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt, um belastbare Informationen über die aktuellen Versorgungsstrukturen und die wirtschaftliche Situation im Rahmen der Notfallversorgung der Krankenhäuser zu erhalten.

Dieses Gutachten wurde im Februar 2015 vorgelegt. Nachfolgend werden die wichtigsten Passagen aus dem „Management Summary" und den „Zusammenfassenden Schlussfolgerungen" dieses Gutachtens wiedergegeben.[1)]

Management Summary

Hintergrund und Zielsetzung

Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vom 16.12.2013 wird festgestellt, dass sich die ambulante Notfallversorgung außerhalb der allgemeinen Praxissprechzeiten auf die Krankenhäuser konzentriert und dies eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich mache. Da bisher keine systematisch erhobenen Informationen über die aktuellen Versorgungsstrukturen oder die wirtschaftliche Situation der Notfallversorgung in den Krankenhäusern existieren, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) die Management Consult Kestermann GmbH (MCK) im Juni 2014 beauftragt, dieses Gutachten zu erstellen. Aufgrund der langjährigen Erfahrung der MCK im Bereich der Kostenkalkulation von Krankenhausleistungen und der hohen Kompetenz der DGINA für die Versorgungspraxis in den Notaufnahmen der Krankenhäuser können in diesem Gutachten die ökonomischen Aspekte mit der Versorgungsrealität verknüpft werden. Aufgrund dieser Verknüpfung kann das vorliegende Gutachten eine einzigartige, datenbasierte Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung bieten.

Der hohe Stellenwert der Krankenhäuser für die Notfallversorgung ist in der Versorgungsrealität allgemein anerkannt. Es liegen jedoch nur wenige konkrete Zahlen vor. Die DGINA schätzt, dass mindestens 20 Mio. Notfallpatienten jährlich in deutschen Krankenhäusern stationär und ambulant versorgt werden. Von diesen Patienten werden rund 60% ambulant behandelt. Auf Basis der hierzu publizierten Daten ist davon auszugehen, dass durch die Krankenhäuser mit über 10 Mio. ambulanten Notfallbehandlungen sogar mehr Patienten als im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden.

Datengrundlagen und Methodik

Die Teilnahme der Kranken-

[1)] Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse, Management Consult Kestermann GmbH (MCK), Hamburg, 17.02.2015.

häuser an dieser Studie erfolgt auf freiwilliger Basis und unentgeltlich. Die Bereitschaft und das Interesse der Krankenhäuser an einer Teilnahme waren erfreulicherweise sehr hoch. Im Ergebnis haben 55 Krankenhäusern fallbezogen Kosten- und Leistungsdaten für insgesamt 612.070 ambulante Notfälle für diese Studie bereitgestellt. Auch wenn mit dieser „Zufallsstichprobe" keine Aussage zur statistischen Repräsentativität möglich ist, steht eine außergewöhnlich breite und auch valide Datengrundlage zur Verfügung. Auch der Vergleich mit anderen Studien zeigt, dass die aus dieser Datengrundlage hergeleiteten Ergebnisse belastbar sind.

Die Ermittlung der Fallkosten wurde in enger Anlehnung an die anerkannte Kalkulationsmethodik des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) umgesetzt. Die Kalkulation stellt eine fallbezogene Kostenträgerrechnung der Ist-Kosten auf Vollkostenbasis dar. Dabei werden ausschließlich die pflegesatzfähigen Betriebskosten als Vollkosten betrachtet. Dementsprechend sind in den Kalkulationsergebnissen dieser Studie keine Investitionskosten enthalten. Kalkuliert werden die Kosten der ambulanten, gesetzlich versicherten Notfallpatienten im Jahr 2013. Neben der Notaufnahme werden auch die mit dieser in direkter Leistungsbeziehung stehenden diagnostischen und therapeutischen Bereiche, wie Labor, Röntgen, Endoskopie u. ä. erfasst. Die Kosten für Leistungen, die in den Notaufnahmen für stationäre und andere ambulante Behandlungen erbracht werden, wurden ausgegliedert. Somit stellt die Methodik sicher, dass nur die relevanten Kosten auf die ambulanten Notfälle verrechnet werden.

Struktur und Leistungsspektrum der Notaufnahmen

Im Rahmen der Notfallversorgung besteht die vorrangige Aufgabe der Krankenhäuser in der Sicherstellung der stationären Notfallversorgung. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind darauf ausgerichtet, schwerverletzte oder schwererkrankte Patienten zu behandeln. Ihre Funktionen sind die Evaluierung, Stabilisierung, Diagnostik, Therapie und Disposition von Notfallpatienten. Zudem sind die Notfallaufnahmen auch von zentraler Bedeutung für die Patientensteuerung innerhalb des Krankenhauses. Neben der stationären Versorgung sind die Notaufnahmen aber auch die Anlaufstelle für ambulante Notfälle, wobei die Leistungsinhalte der Notfallversorgung am Übergang von ambulanten zu stationären Fällen fließend sind. Daher kann die folgende Beschreibung der für die Notfallversorgung erforderlichen Infrastruktur und Ressourcen der Notfallaufnahmen auch Hinweise auf die krankenhausspezifischen Kosten von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus geben.

82% der teilnehmenden Krankenhäuser halten eine zentrale Notaufnahme vor, die in der Mehrheit als eigenständige Abteilung der Krankenhäuser organisiert ist. Ein Viertel der Krankenhäuser verfügt über weitere dezentrale Notaufnahmen, die übrigen versorgen ihre Notfallpatienten in rein dezentralen Einrichtungen. Ein Drittel der Notaufnahmen verfügt über eigene bettenführende Bereiche. Die personelle Ausstattung der Notaufnahmen ist mit durchschnittlich 141 kumulierten Personalminuten pro Patient über alle Berufsgruppen vergleichbar mit dem Ergebnis einer anderen aktuellen Studie.

Die Aufnahmequote, das heißt der Anteil der Patienten in den Notaufnahmen, der vollstationär aufgenommen wird, beträgt durchschnittlich 38%. Weitere 10% der Notfallpatienten entfallen auf vorstationäre oder andere Behandlungsformen. Durchschnittlich 52% der Patienten werden ambulant versorgt, davon werden 80% gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, 12% gegenüber den Berufsgenossenschaften und 8% privatärztlich abgerechnet. Die Notfallquote des gesamten Krankenhauses, das heißt der Anteil aller vollstationärer Patienten des Krankenhauses, die über die Notaufnahme aufgenommen werden, beträgt 51%. Im Vergleich zum Jahre 2012 verzeichneten die Notaufnahmen für das Jahr 2013 eine Fallzahlsteigerung von insgesamt 6%, die ambulanten Notfallbehandlungen gesetzlich versicherter Patienten nahmen sogar um 9% zu.

Ergebnisse der Kostenkalkulation

Die Fallkostenkalkulation umfasst entsprechend der Fragestellung des Gutachtens ausschließlich die ambulanten Notfallbehandlungen gesetzlich versicherter Patienten, die gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden.

Insgesamt wurden für 612.070 dieser Fälle fallbezogene Kostendaten aus den 55 Krankenhäusern übermittelt. **Die durchschnittlichen Kosten für ambulante Notfallpatienten liegen bei 126 € pro Fall.**

Die Gründe für die Höhe der Kosten lassen sich in der Kostenstruktur der Behandlungsfälle erkennen. 80% der Fallkosten

Foto: © DOC RABE Media/fotolia.com

entstehen in den Notaufnahmen selbst, 13% fallen für radiologische Untersuchungen und 5% für Labordiagnostik an. Der Anteil anderer Kostenstellenbereiche ist mit 2% eher unbedeutend. Betrachtet man die anfallenden Kostenarten in den Notaufnahmen, so entfallen rund ein Drittel auf den ärztlichen Dienst, ein Drittel auf den Pflege- bzw. Funktionsdienst, 9% sind medizinische Sachkosten und 25% Infrastrukturkosten. Dazu zählen Gebäudebewirtschaftung, Verwaltung, Wartung, Zentralsterilisation, etc. Für 55% der ambulanten Notfälle fallen Kosten in diagnostischen oder therapeutischen Bereichen außerhalb der Notaufnahme an. Beispielsweise sind dies bei 35% der Notfallbehandlungen Kosten der Radiologie mit durchschnittlich 46 €, in 24% der Fälle Laborkosten mit rund 26 €.

Die Krankenhäuser haben teilweise weitere fakultative Daten zum Alter, zur Zuweisungs- und Transportart und zur behandelnden Fachrichtung der Notfallpatienten angegeben, so dass die Kosten für die entsprechenden Subgruppen analysiert werden konnten. So betragen die durchschnittlichen Kosten in der Altersgruppe unter 6 Jahren 89 €. Mit zunehmenden Alter steigen die Behandlungskosten und betragen bei hochaltrigen Patienten 160 €. Zudem werden in dem Gutachten die durchschnittlichen Kosten nach Zuweisungsart, Transportart, nach Fachabteilungsbezug und Diagnosegruppen dargestellt. Die Fallkosten von rettungsdienstlich zugewiesenen Patienten liegen beispielsweise bei 171 €, werden die Patienten zusätzlich vom Notarzt ins Krankenhaus begleitet, liegen die Fallkosten bei durchschnittlich 242 €.

Von den 55 Krankenhäusern, die Kostendaten geliefert haben, konnten 37 Krankenhäuser zu-

sätzlich fallbezogene Angaben zu den Erlösen aus der Abrechnung nach dem EBM für 341.194 ambulante Notfälle bereitstellen. Durchschnittlich betragen die fallbezogenen Erlöse 32 € und die durchschnittlichen Kosten in dieser Gruppe 120 €. Daraus resultiert ein **Fehlbetrag von 88 € pro Fall**. Für die Höhe der Fallkosten ist der aus der größeren Grundgesamtheit von 55 Krankenhäuser hergeleitete Betrag von 126 € aussagekräftiger.

Zur Anzahl der bundesweiten Fallzahl wird in der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage ausgeführt, dass nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Anzahl der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern im Jahre 2012 ohne Bremen bei rund 9 Mio. lag. Unter Berücksichtigung dieser Unvollständigkeit, der Fallzahlsteigerung und der mit dieser Studie nicht erfassten Investitionskosten ist von einem **Gesamtdefizit der Krankenhäuser in Höhe von schätzungsweise 1 Mrd. Euro** auszugehen.

Stellenwert der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung

Im Rahmen der Strukturdatenerhebung wurden die Krankenhäuser nach der Verfügbarkeit eines allgemeinen und/oder fachspezifischen kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld des eigenen Krankenhauses befragt. Die Auswertung der Angaben zeigt, dass der allgemeine kassenärztliche Bereitschaftsdienst nur eingeschränkt verfügbar ist. Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser geben an, dass die Öffnungszeiten der Notfallpraxen weniger als die Hälfte der sprechstundenfreien Zeiten abdecken. Ein fachspezifischer Bereitschaftsdienst wird vereinzelt zur Verfügung gestellt. Jedes 4. Krankenhaus gibt an, dass im Umfeld ein kinderärztlicher Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht, jedes 5. Krankenhaus nennt zudem einen augenärztlichen Notfalldienst. Andere Fachgebiete sind noch seltener vertreten, so dass angenommen werden kann, dass fachspezifische Behandlungen in der Regel von Krankenhäusern erbracht werden.

Um den Stellenwert der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung näher zu untersuchen, werden die Behandlungsleistungen der Krankenhäuser nach „Allgemeiner Notfallbehandlung“, „Spezieller Notfallbehandlung“ und „Krankenhausspezifischer Notfallbehandlung“ kategorisiert. Dabei wird angenommen, dass „Allgemeine Notfallbehandlungen“ in der Regel auch zu den Sprechstundenzeiten in den Arztpraxen und außerhalb der Sprechstundenzeiten im allgemeinen kassenärztlichen Bereitschaftsdienst durchgeführt werden könnten. Bei „fachspezifischen Notfallbehandlungen“ sind weitere fachspezifische Leistungen wie z. B. die Wundversorgungen mit Naht, Ultraschalluntersuchungen, die Anlage von Dauerkathetern etc. erforderlich. Der Gruppe der „krankenhausspezifischen Notfallbehandlungen“ werden die Behandlungen zugerechnet, für die eine unverzügliche Diagnostik wie z. B. Labor-, Röntgen- oder CT-Untersuchungen erbracht werden, die in der Regel im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nicht vorgehalten werden oder auch in den Sprechstundenzeiten der Arztpraxen zeitnah nicht möglich sind.

Im Ergebnis werden 33% der Fälle als „allgemeine Notfallbehandlungen“ eingeordnet. Die durchschnittlichen Fallkosten in dieser Gruppe betragen 82 €. 20% der Patienten erhalten spezielle Notfallbehandlungen mit durchschnittlichen Kosten von 116 €. 47% der ambulanten Notfälle erhalten krankenhausspezifische Behandlungen mit Durchschnittskosten von 150 €.

Unabhängig von der Verfügbarkeit von Notfall-Praxen der KV ist erkennbar, dass rund die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern aufgrund der notwendigen notfallmedizinischen Leistungsinhalte grundsätzlich nicht im allgemeinen organisierten Notfalldienst der KV versorgt werden können. Für weitere rund 20% der Behandlungsfälle wäre eine Versorgung durch den Notfalldienst der KV in Abhängigkeit von der Gebietsbezeichnung des diensthabenden Arztes denkbar. Allerdings ist davon auszugehen, dass aufgrund der verpflichtenden Teilnahme aller Vertragsärzte am Bereitschaftsdienst kaum Ärzte mit entsprechenden Gebietsbezeichnungen im Dienst sind.

Lediglich das Drittel der Fälle mit „allgemeinen Notfallbehandlungen“ könnte aus medizinischen Aspekten prinzipiell auch im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden. Allerdings bestand in dieser Stichprobe nur in der Hälfte der Fälle zum Zeitpunkt der Vorstellung der Patienten auch ein alternatives Versorgungsangebot der KV. Demnach hätten in dieser Stichprobe nur rund ein Sechstel der ambulanten Notfallbehandlungen sowohl aus medizinischen als auch aus organisatorischen Gründen tatsächlich im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden können. Daraus darf jedoch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass sich diese Patienten nicht in den Notauf-

nahmen hätten vorstellen dürfen. Wenn sich Patienten als Notfall im Krankenhaus vorstellen, sind die Krankenhäuser verpflichtet, diese Patienten zumindest im Sinne der Erstversorgung zu behandeln.

Erkenntnisse

Eine entscheidende Erkenntnis der ambulanten Notfallversorgung besteht darin, dass für rund die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen die Behandlungen in einem Krankenhaus unverzichtbar ist. Weitere 20% der Notfallbehandlungen könnten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst abgedeckt werden, wenn tatsächlich auch flächendeckend fachspezifische KV-Bereitschaftsdienste geschaffen würden. Dies dürfte allerdings aufgrund der begrenzten Anzahl der niedergelassenen Fachärzte praktisch kaum machbar und eine Schaffung von Doppelstrukturen vermutlich auch nicht wirtschaftlich sein, da dieses Angebot bereits durch die Notaufnahmen der Krankenhäuser vorhanden ist.

Die Analysen der Kosten haben gezeigt, dass die Höhe der durchschnittlichen Kosten durch das Leistungsspektrum der ambulanten Notfallbehandlungen und die spezifischen Strukturen des Krankenhauses begründet ist. Es ist nachvollziehbar, dass mit der Vergütung nach dem EBM, die für den kassenärztlichen Bereich bemessen ist, keine sachgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen möglich ist. Auch die aktuelle Anpassung der EBM-Notfallpauschalen bringt für die Krankenhäuser keine Verbesserung der Erlössituation.

Zusammenfassend wäre eine stärkere Übernahme der allgemeinen Notfallbehandlungen als bisher durch die KVen und damit eine Entlastung der Krankenhäuser für rund ein Drittel der Fälle sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht sinnvoll, da die kostenintensiven Strukturen der Krankenhäuser nicht zwingend benötigt werden. Allerdings müsste die vertragsärztliche Notfallversorgung hierfür auch flächendeckend und durchgehend realisiert werden. Zudem müsste die vertragsärztliche Notfallversorgung z. B. durch Kooperation mit den Krankenhäusern auch so organisiert werden, dass den Notfallpatienten am Ort der Vorstellung ein Vertragsarzt zur Verfügung steht. Zeitgleich hierzu müsste jedoch auch für rund zwei Drittel der Patienten, für die eine Notfallversorgung im Krankenhaus unverzichtbar ist, eine geeignete Vergütung geschaffen werden, die den Behandlungsmöglichkeiten und den damit verbundenen Kostenstrukturen der Krankenhäuser Rechnung trägt.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Die Angaben der Studienteilnehmer zeigen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht überall und jederzeit ein Versorgungsangebot für ambulante Notfallbehandlungen vorhalten können, so dass sich viele Patien-

Foto: © Thaut Images/fotolia.com

ten in Notfallsituationen direkt in den Notaufnahmen der Krankenhäuser vorstellen müssen.

Unabhängig von der Verfügbarkeit von Notfall-Praxen der KV ist aber auch erkennbar, dass rund 50% der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern aufgrund der notwendigen notfallmedizinischen Leistungsinhalte grundsätzlich nicht im allgemeinen, organisierten Notfalldienst der KV versorgt werden können. Hiervon sind mehrheitlich Patienten betroffen, die eine unfallchirurgische Notfallversorgung benötigen. Für diese ambulanten Notfallbehandlungen entstehen den Krankenhäusern durchschnittliche Kosten in Höhe von 150 €. Für weitere 20% der Behandlungsfälle wäre eine Versorgung durch den organisierten Notfalldienst der KV in Abhängigkeit der Gebietsbezeichnung des diensthabenden Arztes denkbar. Allerdings ist davon auszugehen, dass aufgrund der verpflichtenden Teilnahme aller Vertragsärzte am Bereitschaftsdienst kaum Ärzte mit entsprechender Gebietsbezeichnung im Dienst sind. Die Kosten dieser Behandlungen im Krankenhaus liegen hierbei durchschnittlich bei 116 €.

Lediglich ein Drittel der ambulanten Notfallpatienten von Krankenhäusern können auch in Arztpraxen versorgt werden, wenn diese denn verfügbar bzw. erreichbar wären. Die durchschnittlichen Kosten dieser Behandlungsfälle im Krankenhaus betragen 82€. Anhand der in der Umfrage erhobenen Öffnungszeiten von Notfallpraxen im Umfeld der Krankenhäuser konnte ermittelt werden, dass sich rund die Hälfte der Notfallpatienten direkt an ein Krankenhaus gewendet haben, obwohl zu diesem Zeitpunkt ein für sie geeignetes Versorgungsangebot der KV bestanden hat.

Die Gründe für Patienten, sich direkt an das Krankenhaus zu wenden, sind vielfältig und wurden hier nicht voll umfänglich analysiert. Würden, wie im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfohlen, regelmäßig Notfallpraxen der KV an Krankenhäusern eingerichtet und durch Vertragsärzte durchgehend außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten besetzt, könnten sich somit schätzungsweise 33% der ambulanten Notfallpatienten anstatt in den Notaufnahmen der Krankenhäuser in den am gleichen Ort befindlichen Notfallpraxen der KV vorstellen. In Abhängigkeit der Gebietsbezeichnungen der am organisierten Notfalldienst teilnehmenden Vertragsärzte evtl. sogar etwa mehr.

Insofern könnte die im vorliegenden Referentenentwurf zur Versorgungsstärkungsgesetz für die KVen vorgesehene Verpflichtung zur Kooperation mit den Krankenhäusern zu einer Entlastung der Krankenhäuser beitragen. Eine stärkere Übernahme der allgemeinen Notfallbehandlungen als bisher durch die KV wäre sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht sinnvoll, da für schätzungsweise rund 33% der ambulanten Notfälle die kostenintensiven Strukturen der Krankenhäuser nicht zwingend benötigt werden. Allerdings müsste für eine Entlastung der Krankenhäuser die vertragsärztliche Notfallversorgung flächendeckend und durchgehend realisiert werden und z.B. durch Kooperation mit den Krankenhäusern so organisiert werden, dass den Notfallpatienten am Ort der Vorstellung auch ein Vertragsarzt zur Verfügung steht.

Die entscheidende Erkenntnis aus dieser Studie zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung besteht jedoch darin, dass für rund die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen die Behandlung in einem Krankenhaus unverzichtbar ist. Weitere 20% der Notfallbehandlungen könnten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst erbracht werden, wenn flächendeckend auch fachspezifische Bereitschaftsdienste der KVen geschaffen würden. Diese dürften allerdings aufgrund der begrenzten Anzahl der niedergelassenen Fachärzte praktisch kaum machbar und vermutlich auch nicht wirtschaftlich sein.

Aus der Studie wird deutlich, dass mit den Erlösen für ambulante Notfallbehandlungen nach dem EBM keine sachgerechte Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus möglich ist. Zum einen ist die Kostenstruktur im Krankenhaus aufgrund der erforderlichen Infrastruktur nicht vergleichbar mit der einer Arztpraxis bzw. Notfallpraxis des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. Zum anderen zeigt die Studie auch, dass die Strukturen des Krankenhauses für einen Großteil der ambulanten Notfälle aus medizinischer Sicht zwingend erforderlich sind. Unter Einbeziehung der fachspezifischen Notfallbehandlungen sind die Krankenhäuser auch für rund zwei Drittel der bisher ambulant versorgten Patienten unverzichtbar. Daher müssen insbesondere für diese Notfallbehandlungen Vergütungen entwickelt werden, die der Kosten- und Leistungsstruktur der Krankenhäuser Rechnung tragen.

Statements zum Gutachten

Jens Spahn

Jens Spahn, MdB

„Ohne Zweifel leisten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser jeden Tag rund um die Uhr enormes. Wir müssen sie besser mit dem ambulanten ärztlichen Notdienst verzahnen, dann kann man auch über eine bessere Vergütung reden. Genau das haben wir im Versorgungsstärkungsgesetz vor."

GKV-Spitzenverband

„Wenn die Behandlung eines Patienten mit einem verstauchten Knöchel oder einer fiebrigen Erkältung nur deshalb um ein Vielfaches teurer wird, weil er ambulant in einem Krankenhaus statt von einem niedergelassenen Arzt versorgt wurde, dann läuft etwas schief. Wenn zunehmend einfache Erkrankungen in der Notaufnahme auftauchen, dann kann man nicht in jedem einzelnen Fall die Vorhaltekosten komplexer Hightech-Medizin mit abrechnen. Wir erwarten, dass die Krankenhäuser bei einem sich ändernden Behandlungsbedarf ihr Leistungsangebot den Bedürfnissen der Patienten anpassen und nicht einfach nur nach mehr Geld rufen.
Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Versorgungsauftrag nicht nachkommen und deshalb die Patienten am Wochenende mit einfachen Erkrankungen in die Notaufnahme kommen, darf das Problem nicht bei den Beitragszahlern abgeladen werden. Vielmehr müssen Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam nach konstruktiven Lösungen suchen."

Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes

„Die jüngste Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Krankenhäuser sollen die ambulante Notfallversorgung in Deutschland übernehmen, ist gleichermaßen dreist wie hilflos.
Dreist, weil die DKG selbst einräumt, dass sie dadurch nur ihre bestehenden finanziellen Defizite decken will und hilflos, weil sie sich mittlerweile nicht anders zu helfen vermag, als sich bei den Praxisärzten zu bedienen, nur weil sie selbst den längst überfälligen Strukturwandel verschlafen hat.
Die deutschen Krankenhäuser leiden seit Jahren an Überkapazitäten und Bettenleerstand. Diesen Kostenblock und fehlende Investitionen aus den Ländern will sie durch Wilderei in anderen Sektoren ausgleichen. Das ist nur allzu durchsichtig. Daher sollte die Politik schnellst möglich überprüfen, ob die im aktuell einstehenden Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene weitreichende ambulante Öffnung der Krankenhäuser nicht eine grobe Fehlentscheidung ist. Wer heute in die Notaufnahmen der Krankenhäuser blickt, sieht dort in erster Linie Warteschlangen und überfordertes Personal.
Dabei muss die Krankenhausgesellschaft drei Fragen beantworten: Wer soll die Mehrkosten bezahlen, denn der Notdienst auch im niedergelassenen Bereich ist bereits heute schon defizitär und auf niedrigem Niveau vergütet? Wie wollen die Krankenhäuser denn Hausbesuche im Notfall organisieren? Und wie soll der Qualitätsunterschied zwischen Facharztstandard im Krankenhaus und Facharztstatus bei niedergelassenen Ärzten ausgeglichen werden?
Praxisärzte und Versicherte dürfen jedenfalls nicht die Zeche dafür zahlen, dass die Krankenhäuser nicht wirtschaften können und ihre Strukturen nicht verändern wollen."

Dr. Dirk Heinrich

Dr. Josef Düllings, VKD-Präsident

„Das heute veröffentlichte ‚Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus' bestätigt zu hundert Prozent unsere Erfahrungen: Die Notaufnahmen werden von Jahr zu Jahr stärker in Anspruch genommen – vor allem auch von Patienten, die ambulant behandelt werden können", bestätigt der Pressesprecher des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), Dr. Falko Milski. „Das Versorgungsnetz im niedergelassenen Bereich wird immer löchriger. Das spüren wir tagtäglich in unseren Häusern. Die klinischen Notfallaufnahmen weisen niemanden ab. Doch dieser Trend der zunehmenden Inanspruchnahme führt zu immer stärkeren finanziellen Belastungen, denn die Vergütungsregelungen sehen eine entsprechende Bezahlung dieser Krankenhausleistungen nicht vor. Die Folge sind erhebliche Finanzierungslücken. Auch dies wird in dem Gutachten nachgewiesen."
Der VKD fordert seit langem, der Realität in der Notfallversorgung endlich Rechnung zu tragen. Dr. Milski: „Es ist wirklichkeitsfremd, auch künftig die Zuständigkeit für die ambulante Notfallversorgung und damit auch die Bemessung der Vergütung für die Kliniken allein bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu belassen und sie lediglich zur Kooperation mit den Krankenhäusern zu verpflichten, wie es die Politik vorsieht. Die Krankenhäuser versorgen schon heute mehr Notfälle als die niedergelassenen Ärzte – zu schlechteren Konditionen, die absurder Weise von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den KVen und Krankenkassen festgelegt werden, ohne dass die Krankenhäuser irgendein Mitspracherecht haben."
Das Gutachten weist nach: Jeder ambulant behandelte Notfallpatient kostet das Krankenhaus im Durchschnitt 120 Euro. Der Erlös beträgt dagegen lediglich 32 Euro. Bei mehr als inzwischen zehn Millionen jährlich ambulant behandelten Notfällen in den Krankenhäusern bedeutet das ein Defizit in Höhe von einer Milliarde Euro. Gänzlich realitätsfern ist es, wenn diese niedrige Vergütung auch noch um einen zehnprozentigen Investitionsabschlag gemindert wird, obwohl die Bundesländer seit Jahren keine ausreichenden Investitionsmittel für die Krankenhäuser mehr bereitstellen.

Hintergrund
Das heute veröffentlichte „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse", wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin/DGINA) bei der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) in Auftrag gegeben. Dafür haben 55 Krankenhäuser für insgesamt 612.070 ambulante Notfälle fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung gestellt. Das Gutachten weist nach, dass eine Weiterentwicklung und Neujustierung der ambulanten Notfallversorgung zwingend ist. Die Gutachter gehen aufgrund der erhobenen Daten davon aus, dass durch die Krankenhäuser mit über zehn Millionen ambulanten Notfallbehandlungen im Jahr mehr Patienten als im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden.

Dr. Josef Düllings

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender KBV

„Die DKG zeigt selber auf, dass die Kliniken eine weitergehende Öffnung für die ambulante Versorgung nicht verkraften können. Dieses Eingeständnis muss die Politik hellhörig machen“, kommentierte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, bezog in Berlin Stellung auf ein von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgestelltes Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung. „Es herrscht nun Katerstimmung wie beim Aschermittwoch nach Karneval. Notwendige Strukturreformen wurden lange verschleppt. Das rächt sich nun bei den Kliniken“, so Gassen. Er wies darauf hin, dass insbesondere kleinere Häuser viele ärztliche Leistungen gar nicht mehr vorhalten könnten. „Ohne die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ist eine gute Versorgung der Patienten nicht zu bewerkstelligen – insbesondere im Notfall. Der Facharztstatus im niedergelassenen Bereich bürgt zudem für Qualität. Im Krankenhaus kann sich der Patient nicht sicher sein, welche Qualifikation der behandelnde Mediziner hat.“

Dr. Andreas Gassen

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bundesweit den Bereitschaftsdienst organisiert und die bundesweite Rufnummer 116117 eingeführt. Allein 2014 haben über fünf Millionen Bürger diesen Service in Anspruch genommen. Das hat auch den eigentlichen Notfalldienst erheblich entlastet“, so Gassen. Zur Erklärung: Die Bereitschaftsdienstnummer 116117 wird dann genutzt, wenn ein Patient einen Arzt außerhalb der Praxiszeiten benötigt. Im lebensbedrohlichen Notfall wird die Nummer 112 gewählt.
Informationen zur bundesweiten Bereitschaftsdienstnummer 116117 gibt es unter www.116117info.de

---

Dr. med. Helmut Müller, Vorstandsmitglied Bürger Initiative Gesundheit e.V.

Problembewältigung nach Art der Krankenkassen: Zynismus pur
Die bundesweiten Hilferufe der Notaufnahmen in den Kliniken, die sich der Patientenströme kaum noch erwehren können, quittiert der Sprecher des GKVSpitzenverbandes, Florian Lanz, in einer Pressemittelung vom 17.02.2015 mit den zynischen Worten: „Wir erwarten, dass die Krankenhäuser bei einem sich ändernden Behandlungsbedarf ihr Leistungsangebot den Bedürfnissen der Patienten anpassen und nicht einfach nur nach mehr Geld rufen“.
Auch die niedergelassenen Ärzte werden gleich mit ab gewatscht: „ Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Versorgungsauftrag nicht nachkommen und deshalb die Patienten am Wochenende mit einfachen Erkrankungen in die Notaufnahme kommen, darf das Problem nicht bei den Beitragszahlern abgeladen werden“.
Es wäre sehr interessant zu wissen, was sich wohl der GKV-Spitzenverband unter einer „Anpassung des Leistungsangebots“ bei den Notaufnahmen der Kliniken vorstellt. Möchte er künftig Notfallpatienten 1. und 2. Klasse? Warum werden wieder einmal Kliniken und niedergelassene Ärzte in Sippenhaft genommen für Verfehlungen der Gesundheitspolitik und der Ignoranz der Krankenkassen? Glauben Herr Lanz und der GKV-Spitzenverband wirklich, dass die Kliniken am Wochenende und nachts die Patienten mit Prämien in die Notaufnahme locken?
Sollte dem GKV-Spitzenverband tatsächlich entgangen sein, dass landauf und landab wegen eines faktisch bestehenden Ärztemangels die Notfalldienste der Kassenärztlichen Vereinigungen umorganisiert werden mussten mit der Konsequenz deutlich längerer Anfahrtswege für die Bereitschaftsärzte?
Die Bürger Initiative Gesundheit e.V. muss an dieser Stelle den Krankenkassen ins Stammbuch schreiben: Selbstverständlich kommen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Versorgungs-Auftrag nach, ganz im Gegenteil zu manchen Kassen, die ihren Beitragszahlern auf breiter Front immer wieder Leistungen verweigern. Dass im Bereich der Notfall-Versorgung viele Patienten förmlich mit „den Füßen abstimmen“,

kann weder den Kassenärzten noch den Kliniken zum Vorwurf gemacht werden.
Insofern ist auch das Argument des GKV-Spitzen-Verbandes, dass „das Problem nicht bei den Beitragszahlern abgeladen werden darf“, eher als kurios anzusehen, denn hier entscheidet ja gerade der Beitragszahler in seinem eigenen Interesse, wenn er Klinik-Ambulanzen aufsucht.

Und auch die Kliniken verfügen bei dieser Problematik über keinerlei Alternativen: Vor einer Sichtung der auflaufenden Notfallpatienten sind keinerlei Entscheidungen über das weitere Vorgehen möglich, echte Notfälle dürfen keinesfalls abgewiesen werden.
Hierzu ist außerdem auf die aktuelle Studie der Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) zu verweisen, die festgestellt hat, dass rund 50% der in den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen aufgrund der notwendigen Leistungsinhalte grundsätzlich nicht im allgemeinen Notfalldienst der KV hätten versorgt werden können.
Daraus ergibt sich für uns, dass die bestehenden Strukturen der Notfallversorgung insgesamt den aktuellen Bedürfnissen und Notwendigkeiten angepasst werden sollten. Ein mehr an integrierter Notfallversorgung könnte insgesamt von Vorteil sein.
Unter diesen Gesichtspunkten muss die weitergehende Forderung des GKVSpitzenverbandes, dass die „teuren, für die gute Versorgung der Menschen nicht benötigten Überkapazitäten dringend abgebaut werden müssen“ für Ärzte und Krankenpflegepersonal in den Notfall-Ambulanzen wie eine Ohrfeige wirken.
Für diese Beschäftigten ist nach dieser Pressemitteilung des Krankenkassenverbandes klar: Weder wird ihre permanente Tätigkeit am Leistungslimit honoriert, noch ist von den Kassen in dieser Frage Abhilfe zu erwarten. Im Gegenteil, billig muss die Medizin sein, die Gesundheit der „Leistungserbringer“ spielt in diesem System keine Rolle.
Welche grandiose Motivation für alle jungen Menschen, die mit dem Gedanken spielen, im Gesundheitswesen tätig zu werden. Mit großem Bedauern stellt die Bürger Initiative Gesundheit e.V. fest: Aus früheren Partnern im Gesundheitswesen – Ärzten, Kliniken und Krankenkassen – sind längst Gegner geworden und der GKV-Spitzenverband lässt keine Gelegenheit aus, dies immer wieder durch entsprechende Äußerungen zu untermauern und zu verstärken.

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG

Milliarden-Defizit bei ambulanter Notfallversorgung
„Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind vielerorts stark überlastet und absolut unterfinanziert. Sie werden immer stärker zum Lückenbüßer für die eigentlich zuständigen Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und dabei durch die Vergütungsregelungen der KVen und Krankenkassen sowie einen 10-prozentigen gesetzlichen Investitionsabschlag auch noch diskriminiert“, erklärte der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, anlässlich der Veröffentlichung eines Gutachtens zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus.

Einem durchschnittlichen Erlös von 32 Euro pro ambulantem Notfall stünden Fallkosten von mehr als 120 Euro gegenüber. Mehr als 10 Millionen ambulante Notfälle mit einem Fehlbetrag von 88 Euro pro Fall führten zu 1 Milliarde Euro nicht gedeckter Kosten, rechnete Baum vor.

Untermauert wird dieses Ergebnis vom „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“, das die DKG in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) bei der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) im Juni 2014 beauftragt hat. Im Rahmen einer aufwendigen Kalkulation haben 55 Krankenhäuser für insgesamt 612.070 ambulante Notfälle fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten – und somit eine außergewöhnlich breite und valide Datengrundlage – bereitgestellt. Durch die Verbindung der ökonomischen Aspekte mit der Versorgungsrealität bietet das Gutachten eine einzigartige, datenbasierte Diskussionsgrundlage für die dringend notwendige Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung.

„Die Krankenhäuser sehen sich in der Leistungspflicht für jeden, der Hilfe in den Notaufnahmen sucht

und geraten dadurch in eine Kostenfalle“, erläuterte Baum die schwierige Lage der Krankenhäuser. Die ambulante Notfallversorgung werde schon lange nicht mehr durch die KVen sichergestellt, obwohl diese dafür zuständig seien. Selbst dort, wo Notfalldienste von den KVen organisiert seien, gingen die Patienten in die Ambulanzen der Krankenhäuser. Die Auswertung der Behandlungsfälle zeige, dass ein Drittel der Patienten von niedergelassenen Ärzten versorgt werden könnte. Viele Patienten suchten die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf, weil im vertragsärztlichen Bereich kein geeignetes oder ausreichendes Versorgungsangebot für Notfälle vorhanden sei.

„Für die unverzichtbare ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus muss eine geeignete Vergütung geschaffen werden, die den Behandlungsmöglichkeiten und den damit verbundenen Kostenstrukturen der Krankenhäuser Rechnung trägt“, forderte der DKG-Hauptgeschäftsführer. Das Gutachten mache deutlich, dass die für die niedergelassenen Ärzte entwickelte Notfallvergütung nicht für die kostenintensiven Vorhaltungen und Leistungen der Krankenhäuser geeignet seien. „Absolut inakzeptabel sind zudem die seit Jahren stattfindenden zusätzlichen Minderungen dieser ohnehin viel zu niedrigen Vergütung in Folge aktiver Diskriminierungsstrategien durch KVen und Krankenkassen“, beklagte Baum. Es werde höchste Zeit, dass das Mandat zur Regelung der Rahmenbedingungen einschließlich der Vergütungen für die ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser auf diese übergehe. Die in den Eckpunkten für die Krankenhausreform vorgesehene Aufforderung an die KVen zu mehr Kooperation mit den Krankenhäusern reiche da nicht aus. „Ebenfalls abzuschaffen ist der 10-prozentige Investitionsabschlag, den die Krankenhäuser von den Vergütungen hinzunehmen haben, obwohl die Länder nicht ausreichend Investitionsmittel bereitstellen“, erklärte Baum.

Dringenden Handlungsbedarf sieht auch Dr. Timo Schöpke, Generalsekretär der DGINA. „Die finanzielle Belastung für Krankenhäuser wird in den kommenden Jahren weiter steigen“, so Schöpke und bezweifelte, dass künftig ausreichend Krankenhäuser unter diesen Bedingungen in der Lage sein werden, eine hochwertige Notfallversorgung aufrecht zu erhalten. Der Betrieb einer Notaufnahme mit der ständigen Vorhaltung umfangreicher Diagnostik sei deutlich teurer als der Betrieb einer Arztpraxis zu normalen Sprechstundenzeiten. Dennoch werde bei der Vergütung der Leistungen bislang kein Unterschied gemacht.

Georg Baum

Christoph Haas, MCK-Projektleiter, hob hervor, dass sich das Gutachten dank der freiwilligen Mitwirkung von 55 Krankenhäusern auf eine breite und valide Datenbasis stützen könne. Durch den Fallbezug der Kalkulation würden nicht nur die Kosten- und Erlösstrukturen, sondern auch die Leistungen der Krankenhäuser in der ambulanten Notfallbehandlung detailliert beschrieben. Die Erhebung liefere damit einen wesentlichen Beitrag zur Erhöhung der Transparenz über die Notfallversorgung an deutschen Krankenhäusern.

Interview

Gefühlte Gräben überwinden

Ist der „Neue VLK“ ein Gesprächspartner der privaten Klinikbetreiber in Deutschland?

In den zurückliegenden Jahren haben sich das Bild und das Selbstverständnis der Chefärzte gewandelt. Unabhängig vom Krankenhausträger überwiegen heute Verträge mit Bonusregelung, ureigene VLK-Themen wie die Privatliquidation spielen, insbesondere in den neuen Bundesländern, keine gewichtige Rolle mehr. Mehr noch herrscht große Unsicherheit bei neuen Chefärzten oder Wechsel der Vertragsstrukturen, insbesondere auch zu den privaten Klinikbetreibern. Was ist hier Mythos und was Wahrheit? Hier ist es auch Aufgabe des VLK, für seine derzeitigen und zukünftigen Mitglieder zu agieren und Klarheit zu schaffen. Der Regionalgeschäftsführer Mitte der HELIOS Kliniken, Dr. med. Mate Ivančić, stellte sich einem Interview mit dem Landesvorsitzenden Sachsen-Anhalt des VLK, Dr.med. Bernd Klinge.

Herr Ivančić, wie sieht ein privater Klinikbetreiber wie HELIOS heutzutage die Rolle des Chefarztes?

Der Chefarzt ist nach wie vor der Garant für Qualitätsmedizin in seinem Fachbereich und gehört für uns zu den wichtigsten Führungskräften mit großem Gestaltungsspielraum. Die Medizin führt, die Wirtschaftlichkeit folgt. Während der Chefarzt früher vorrangig in seiner Abteilung agierte, ist er heutzutage bei HELIOS ein ausgesprochener Teamplayer – und zwar nicht nur in *einem* Team, sondern gleich in mehreren. In seinem Fachbereichsteam werden unterschiedliche Anforderungen an die Führungskompetenz und Kommunikationsfähigkeit gestellt. Im Team mit seinen chefärztlichen Kollegen, mit denen es gilt, fachübergreifend Abläufe und Konzepte im Krankenhaus zu planen; denn nur so ist nicht nur das medizinische Ergebnis top, sondern auch das wirtschaftliche. Im Team mit dem Klinikgeschäftsführer, mit dem er sich in Strukturgesprächen über Potential und Perspektiven seines Fachbereiches verständigt. Und in den HELIOS Fachgruppen, in denen er klinikübergreifend einen Konsens bei der Einführung innovativer medizinischer Verfahren, bei Einkaufsentscheidungen für Medikamente und Medizinprodukte oder auch bei Handlungsempfehlungen für die Untersuchung und Behandlung bestimmter Krankheitsbilder sucht.

Die Vertragsstrukturen für neue Chefärzte sind fast flächendeckend, unabhängig vom Klinikträger, mit einer Bonusregelung versehen. Der VLK hat hier ein Forum geschaffen, um Bonusvereinbarungen auf ihre Sinnhaftigkeit und rechtliche Zulässigkeit zu prüfen und seine Mitglieder zu beraten. Wie reagiert HELIOS auf solche Initiativen und was tut das Unternehmen selbst, um Bonusvereinbarungen der Rechtslage konform zu vereinbaren?

Natürlich haben wir die Diskussion um Chefarztboni und Anreizsysteme im Gesundheitswesen der vergangenen Jahre intensiv verfolgt – und Konsequenzen für unser Unternehmen daraus gezogen: Seit 2013 gibt es in der HELIOS Kliniken Gruppe eine Konzernregelung Bonus. Sie ist verbindlich für alle Mitarbeiter im Unternehmen, die einen flexiblen Gehaltsanteil haben. Bei den Medizinern sind das vor allem die Ärztlichen Direktoren und Chefärzte. Ziel ist es, Fehlanreize zu vermeiden, die Therapieentscheidungen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten beeinflussen könnten. Die HELIOS Bonusvereinbarungen enthalten verpflichtend und gleichrangig drei Komponenten: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Wissen. Unsere Konzernregelung Bonus gibt verbindlich vor, dass jedes dieser Ziele für den Bonus gleichermaßen zählt. Zudem definiert die Konzernregelung sogenannte No-gos, also Zielbemessungsgrundlagen, die ausdrücklich verboten sind. Zu den verbotenen Parametern zählen vor allem Fallzahlen, erlösrelevante Bemessungsgrößen (Bewertungsrelation, Case-Mix-Index) oder auch die Anzahl an Operationen.

Die gesundheitspolitischen Entwicklungen und Tendenzen aus der Folge des Koalitionsvertrages sind nach Meinung des VLK nicht zielführend, insbesondere die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

scheint nicht durchdacht und wird die notwendigen Stabilisierungen der Krankenhauslandschaft nicht ermöglichen. Wie positioniert sich hier ein privater Klinikbetreiber?

Wir verlassen uns auf unsere eigene wirtschaftliche Stärke und Investitionskraft. Unserer Auffassung nach können nur wirtschaftlich erfolgreiche Kliniken – gleich welcher Trägerschaft – langfristig bestehen. Auch kommunale und freigemeinnützige Kliniken müssen Mittel für Investitionen in die medizinische Versorgungsqualität verdienen, da diese Mittel nicht mehr durch eine Subventionierung oder Förderung der öffentlichen Hand abgedeckt werden können. Die positive Entwicklung unseres Unternehmens in den letzten zwanzig Jahren hat im Übrigen gezeigt, dass wir auf sich ändernde neue Rahmenbedingungen immer sehr gut vorbereitet waren. Das liegt am breiten Krankenhaus-Expertenwissen in unserem Unternehmen, das wir strukturiert nutzen.

Ein weiteres gesundheitspolitisches Thema berührt die Qualitätssicherung, die durch Gründung eines neuen Institutes mit hohem personellen und finanziellen Aufwand flächendeckend eingeführt werden soll. Es gibt schon IQM, ein validiertes Qualitätssicherungssystem unter Nutzung von Routinedaten und der Implementierung des „Peer-Review-Verfahrens". Wird hier das Rad neu erfunden? Warum greift die Gesundheitspolitik Ihrer Meinung nach nicht auf IQM zurück?

Seit Gründung von IQM im Jahr 2008 haben sich bereits mehr als 250 kommunale, freigemeinnützige, öffentlich-rechtliche, internationale und private Krankenhäuser sowie zahlreiche Universitätsklinika für den Weg von IQM zu mehr Qualität in der Medizin entschieden. Als einer der Initiatoren und Gründungsmitglieder von IQM freuen wir uns natürlich, dass es als mögliche Option der gesetzlichen Qualitätssicherung diskutiert wird. Meiner Meinung nach wird sich IQM mittel- bis langfristig in der Gesundheitspolitik etablieren.

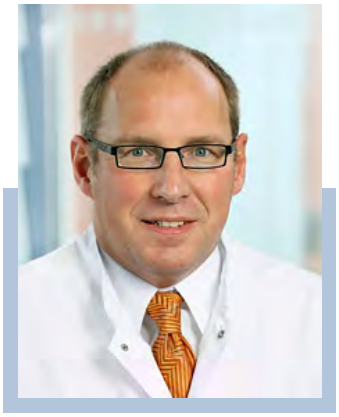
Entscheidend sollte sein, von welchem Qualitätsmanagementsystem die Patientenversorgung am meisten profitiert. Dazu sind Indikatoren notwendig, die valide, manipulationssicher und in Evidenz vergleichbar sind. Und sie müssen geeignet sein, Auffälligkeiten zu erkennen und Qualität zu verbessern. Routinedaten erfüllen diese Bedingungen. Als Basis

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

Vita Dr. med. Bernd Klinge

- Facharzt für Chirurgie/ Viszeralchirurgie
- Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie HELIOS Klinik Sangerhausen
- Vorsitzender Landesverband Sachsen-Anhalt des VLK e.V.

Ausbildung zum Facharzt an der Universitätsklinik Göttingen, Schwerpunktweiterbildung am Diakoniekrankenhaus Rotenburg/Wümme, Leitender Oberarzt der Viszeralchirurgie, Ruhr-Universität Bochum, Kliniken Bergmannsheil, seit 2009 Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS-Klinik Sangerhausen. Mitgliedschaft in DGC, DGAV, DEGUM, MDCV. Kursleiter der DEGUM (Stufe III), Mitglied im Verband der leitenden Krankenhausärzte seit 2001, seit 2015 Landesvorsitzender Sachsen-Anhalt. Regelmäßige Publikations- und Vortragstätigkeit zur Ausbildung in der chirurgischen Sonographie und zu berufspolitischen Themen.



für die Qualitätsmessung sind sie aufwandsarm und weitgehend manipulationssicher. Wir setzen uns seit 2008 im IQM-System, bei HELIOS auch schon länger, systematisch mit der Ergebnisqualität und Konsequenzen daraus auseinander. Das hat sich nachweislich positiv auf die Behandlungsergebnisse ausgewirkt.

Oftmals werden Chefärzte und Geschäftsführer als „natürliche Feinde" dargestellt, hierzu hat sicher jede der beiden Berufsgruppen ihren Teil beigetragen. Unglücklicherweise ist es in der Vergangenheit auch zu Grabenkämpfen mit unschönem Ausgang für die beteiligten Personen (leider in der Mehrzahl der Fälle die Ärzte…) gekommen. Auch der Umgang miteinander war nicht immer korrekt. Was tut HELIOS, um solche Konfliktsituationen zu vermeiden?

Ein professioneller Umgang mit Konflikten ist eine wesentliche Führungskompetenz, die HELIOS von seinen Führungskräften erwarten und die wir mit ihnen in verschiedenen Weiterbildungsprogrammen gezielt trainieren. Die Suche nach einer Lösung mit sachlichen, nachvollziehbaren Argumenten, bei der sämtliche Konfliktparteien gehört werden, steht hierbei immer im Vordergrund. Diskussionen müssen offen, im gegenseitigen Vertrauen stattfinden und von gegenseitiger Wertschätzung geprägt sein. Ebenso ist es wichtig, Entscheidungen nachvollziehbar und transparent zu treffen und zu kommunizieren. Bei unvereinbaren Positionen sind unsere Führungskräfte angehalten, den Konflikt konstruktiv in den dafür vorgesehenen Ebenen zu eskalieren. Unlösbare Konflikte werden auch bei professionellem Führungsverhalten nicht gänzlich vermeidbar sein. Diese sind jedoch die Ausnahme. Schließlich haben Klinikgeschäftsführer und Chefärzte die gleichen Ziele: Eine qualitativ hochwertige Behandlung der Patienten in einem wirtschaftlich stabilen Umfeld.

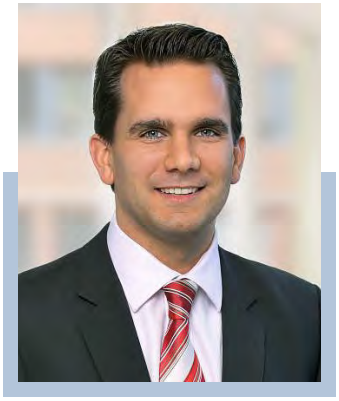
Könnten Sie sich vorstellen an einem Forum mitzuarbeiten, welches jungen Chefärzten oder Chefarztkandidaten die Möglichkeit der Information und des Gesprächs mit der Geschäftsführungsebene eines privaten Klinikbetreibers ermöglicht? Der VLK würde das als Serviceangebot an seine Mitglieder verstehen und entsprechend begleiten. Perspektivisch würden wir dann versuchen jeweils einen Repräsentanten der führenden privaten Klinikbetreiber in Deutschland zur Teilnahme zu motivieren und eine Veranstaltung zu organisieren.

Die Mitarbeit an einem solchen Forum kann ich mir sehr gut vorstellen. Gerade junge Menschen in Führungspositionen können starke Impulse für einen konstruktiven Austausch und eine zeitgemäße Weiterentwicklung des Unternehmens setzen. Ein solches Forum passt hervorragend in den „Gesunden Dialog", den wir gerade bei HELIOS etablieren. Wir möchten damit eine Diskussionsform schaffen, die Raum für einen respektvollen Austausch gibt. Wir wollen weg von Schubladen- und Schablonendenken. Das ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass wir gegenseitig Neugier, Verständnis und Respekt für die unterschiedlichen Sichtweisen schaffen. In einem solchen Forum ließen sich auch die Ängste und Vorbehalte thematisieren, die der VLK angesichts der Übernahme der Rhön-Kliniken durch HELIOS geäußert hat.

Herr Ivančić, abschließend hätten wir gern noch eine persönliche Einschätzung Ihrerseits: Wie sieht ein Unternehmen wie HELIOS, hier in Person des Regionalgeschäftsführers Mitte, den VLK? Wie ist die aktuelle Wahrnehmung und

Vita Dr. Mate Ivančić

- Jahrgang 1978
- 1997 bis 2003 Studium der Humanmedizin in Heidelberg und München
- 2004 bis 2006 Masterstudium Gesundheitsmanagement in Heidelberg und Mannheim
- 2004 bis 2005 Assistenzarzt und Projektleiter Forschungsgruppe Management, Institut für Chirurgische Forschung und Spitalmanagement, Universitätsspital Basel
- 2006 bis 2009 Assistenzarzt/Funktionsoberarzt und Medizincontroller, Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln
- 2009 bis 2011 Zentrale Leitung Medizincontrolling und Strategische Leistungsentwicklung, Klinikgruppe der Cherubine-Willimann-Stiftung, Arenberg
- 2010 bis 2011 Klinikleiter Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln
- 2012 Klinikgeschäftsführer HELIOS Klinikum Bad Saarow
- 2013 bis 2014 Klinikgeschäftsführer HELIOS Klinikum Berlin-Buch
- ab Januar 2015 HELIOS Regionalgeschäftsführer Region Mitte



wohin kann die Entwicklung gehen?

Auch hier sehe ich den Gesunden Dialog als das Mittel der Wahl. Es wird immer Auffassungen geben, die wir miteinander teilen, wie es auch immer gegensätzliche, einander trennende Positionen geben wird. Das heißt nicht, dass der eine im Recht und der andere im Unrecht ist. Die Wahrheit liegt vielmehr oft dazwischen. Ich kann mir gut vorstellen, mich künftig im Dialog mit dem VLK, aber natürlich auch mit anderen Interessenverbänden, auf den Weg zu machen, diese Wahrheit, die dazwischen liegt, zu suchen.

Ich bedanke mich für das konstruktive und offene Gespräch und hoffe zeitnah in den Gremien des Verbandes das angesprochene Forum implementieren zu können.

Nachbetrachtung (von Dr. med. Bernd Klinge, Landesvorsitzender Sachsen-Anhalt des VLK e.V.)

„Tradition ist nicht das Halten der Asche, sondern das Weitergeben der Flamme“ **(Thomas Morus, 1478 - 1535, London)**

Vielleicht ist dieses Zitat als reflektierende Betrachtung des Interviews einem Traditionsverband wie dem VLK angemessen. Kritische Leser werden erkennen, daß der Verband der leitenden Krankenhausärzte und ein privater Klinikbetreiber, hier HELIOS, nicht so weit auseinanderliegen, was die aktuellen berufspolitischen Themen angeht. Nur wenn wir bereit sind uns solchen Gesprächsforen zu öffnen (und die „Türen“ sind ja offen…) können wir zukunftsorientiert, aber immer unter Wahrung unserer Werte, für unsere Mitglieder agieren. So wie sich der Verband als „Neuer VLK“ aufstellt, müssen auch die verantwortlichen Bundes- und Landesvorstände handeln, aus dem alltäglichen Klinikalltag heraus die Kommunikation mit den Partnern vor Ort suchen und nicht in langwieriger abstrakter Gremienarbeit sich abarbeiten. Das Signal für unsere Mitglieder, die derzeitigen und die zukünftigen, setzen wir als Handlungsebene und da müssen wir, meiner Meinung nach, innovativer werden und versuchen die aktuellen Probleme unserer Mitglieder zeitnah zu bearbeiten, das ist ureigene Aufgabe der Landesvorstände, wohingegen der Bundesvortand weiterhin die berufspolitischen Leitlinien erarbeitet, festlegt und kommuniziert. Nur mit einer modernen Führungsstruktur und Führungskultur können wir Zukunftsfähigkeit realisieren. Schon aus diesem Grund sollten wir weiter daran arbeiten, dass aktiv berufstätige Kollegen in die Führungsgremien nachrükken, nur so kann Nachhaltigkeit erzielt werden.

Als nächster Schritt wäre ein Diskussionsforum zwischen Repräsentanten privater Klinikbetreiber und der Vorstandsebene des VLK denkbar, eingebettet in eine Vortragsveranstaltung, in der ein relevantes Thema, z.B. Bonusregelungen oder auch Verhaltenskodex zwischen Verbänden, Fachgesellschaften und Klinikbetreibern präsentiert, analysiert und eingeordnet wird.

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.

Thomas Thurm

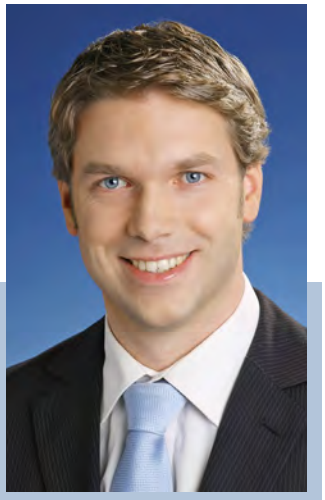
Wohin entwickelt sich die variable Vergütung von Chefärzten?

16. Auflage der Kienbaum-Vergütungsstudie zeigt die aktuellen Trends in der Gehaltsentwicklung von Ärzten, Führungskräften und Spezialisten in Krankenhäusern

Eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung ist eine der wesentlichen Voraussetzungen zur Gewinnung und dauerhaften Bindung von qualifizierten Mitarbeitern und leistet zudem einen wichtigen Beitrag zu einer hohen Leistungmotivation. Welche Vergütung im Einzelfall tatsächlich angemessen ist, lässt sich nur durch den externen Vergleich mit Vergütungshöhen und -strukturen anderer Unternehmen ermitteln. Für Krankenhäuser steht dabei der Vergleich zu anderen Klinikunternehmen im Mittelpunkt des Interesses.

Die Unternehmensberatung Kienbaum führt seit 1997 empirische Untersuchungen zur Vergütung in Krankenhäusern durch, die im Vergütungsreport „Ärzte, Führungskräfte & Spezialisten in Krankenhäusern“ veröffentlicht werden. Die jährlich durchgeführte Fragebogenergebung verschafft einen profunden Einblick in die Vergütungssituation der Branche mit einem Schwerpunkt auf den verschiedenen ärztlichen Funktionen sowie dem Krankenhausmanagement (Geschäftsführung/Vorstand sowie direkt unterstellte Verwaltungsfunktionen). An der aktuell 16. Ausgabe der Studie beteiligten sich 100 Einrichtungen mit Vergütungsinformationen zu mehr als 2.600 Positionen.

Neben Angaben zur Ausgestaltung der Vergütungspakete (Höhe und Zusammensetzung der monetären Bezüge, Ausgestaltung der variablen Vergütung, Zusatzleistungen) werden Strukturmerkmale des Unternehmens (Größe, Region, Trägerschaft etc.) und individuelle Merkmale der Positionsinhaber (z. B. Ausbildung, Dauer der Positionszugehörigkeit, Personalverantwortung) erhoben, so dass ein sehr differenziertes Bild von der Vergütungspraxis gewonnen wird.



Thomas Thurm

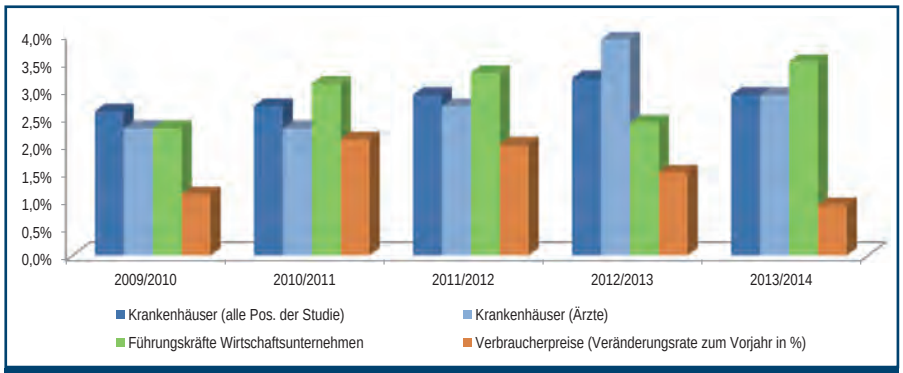


Abbildung 1: Gehaltssteigerungen und Verbraucherpreisentwicklung seit 2010 (Quelle: Kienbaum Vergütungsreports; Statistisches Bundesamt)

Gehälter im letzten Jahr gestiegen

Die Gehälter im Krankenhaus sind im Jahr 2014 im Durchschnitt über alle untersuchten Positionen um 2,9 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen, dieser Wert trifft gleichermaßen auf die betrachteten ärztlichen Positionen zu. In den vergangenen Jahren, mit Ausnahme des Vorjahres, lag die Steigerung bei den Ärzten stets etwas unterhalb des Gesamtdurchschnitts (siehe Abb. 1).

Ein Vergleich der Gehaltsentwicklung mit Unternehmen außerhalb der Krankenhausbranche zeigt keine eindeutige Tendenz.

Im vergangenen Jahr entwickelten sich die Gehälter im Klinikbereich, wie etwa auch 2010/2011 und 2011/2012, etwas schwächer als im Durchschnitt anderer Branchen, in anderen Jahren hingegen eher leicht überdurchschnittlich. Im Mittel der vergangenen fünf Jahre beläuft sich die Gehaltssteigerung einheitlich auf 2,9 % und liegt damit knapp doppelt so hoch wie die durchschnittliche Veränderungsrate der Verbraucherpreise im gleichen Zeitraum.

Nach wie vor klafft eine erhebliche Lücke zwischen der Entlohnung in Krankenhausunternehmen und den meisten anderen Branchen. Der Vergütungsvergleich für vergleichbare Funktionen zeigt, dass beispielsweise Geschäftsführer in anderen Branchen etwa ein doppeltes Gehalt erwarten können, Führungskräfte der Ebene unterhalb der Geschäftsführung etwa ein 1,8faches.

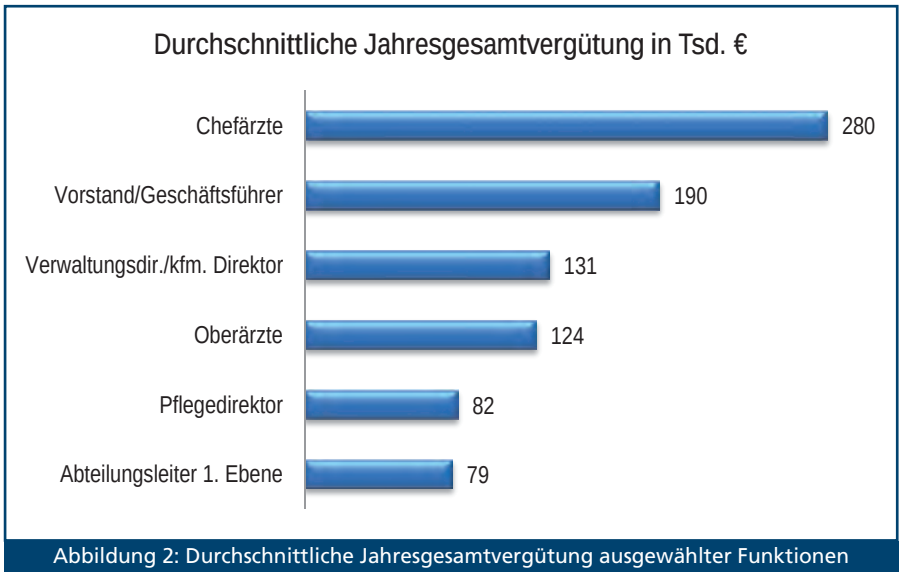


Abbildung 2: Durchschnittliche Jahresgesamtvergütung ausgewählter Funktionen

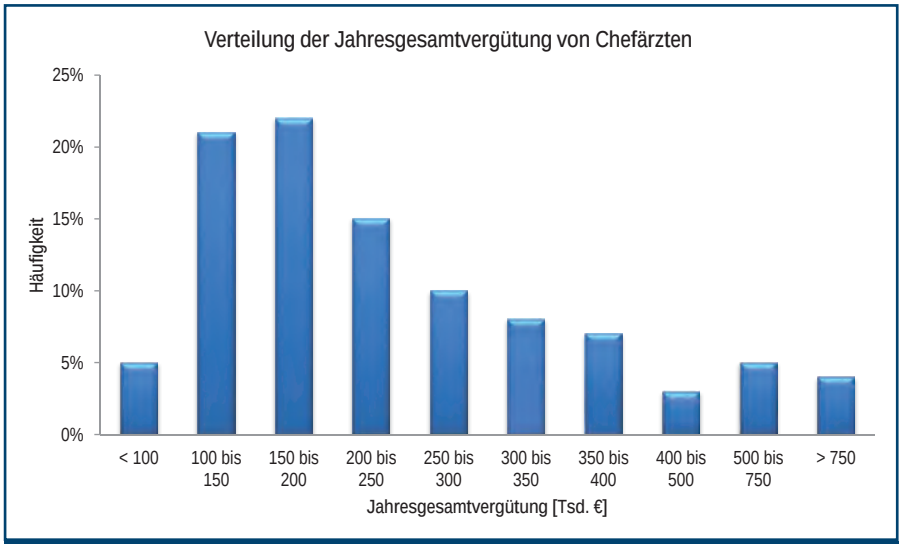


Abbildung 3: Verteilung der Jahresgesamtvergütung von Chefärzten

Chefärzte sind Spitzenreiter im Vergütungsgefüge

Chefärzte führen das Vergütungsgefüge einer Klinik an. Diese Erkenntnis ist zwar nicht neu, aber dennoch bemerkenswert, denn in den allermeisten Branchen spiegelt sich im Vergütungsgefüge eines Unternehmens zu weiten Teilen seine Hierarchie wider, die höchsten Gehälter sind also regelmäßig an der Unternehmensspitze vorzufinden. In den Krankenhäusern hingegen liegt die Vergütung der Geschäftsführer bzw. Vorstände mit durchschnittlich 190.000 € deutlich niedriger als die der Chefärzte mit 280.000 €. Diese Spreizung hat sich allerdings in den vergangenen Jahren zusehends verringert: im Jahr 2003 belief sich das durchschnittliche Chefarztgehalt auf das 2,4fache der Bezüge eines Geschäftsführers bzw. Vorstands, zuletzt auf das 1,5fache.

Oberärzte rangieren in der Gesamtbetrachtung deutlich vor vielen anderen Schlüsselakteuren des Unternehmens, wie etwa den Pflegedirektoren und den Führungskräften der ersten Berichtsebene der Verwaltung (Leiter Finanzen, Leiter Personal etc.). Abb. 2 zeigt die durchschnittlichen Jahresgesamtbezüge im Überblick:

Die genannten Durchschnittsvergütungen stellen eine stark aggregierte Betrachtungsform dar. Sie sind damit als Indikatoren zur Einschätzung der generellen Wertigkeiten einzelner Funktionen im Vergütungsgefüge geeignet, lassen jedoch konkrete Handlungsempfehlungen für die eigene Vergütungspolitik eines Unternehmens allenfalls mit erheblichen Einschränkungen zu, da sich die Gehälter tatsächlich in einer deutlichen Bandbreite um den Durchschnittswert bewegen. Welcher Wert als angemessener Vergleichsmaßstab im Einzelfall konkret zugrunde gelegt werden kann, sollte unter Berücksichtigung der spezifischen unternehmens- sowie positionsbezogenen Einflussfaktoren beurteilt werden.

Ausgeprägte Spreizung der Chefarztvergütung

Vor allem bei den Chefärzten zeigt sich eine enorm ausgeprägte Bandbreite der Vergütung. Die

Verteilung der Gehälter auf die verschiedenen Klassen (Abb. 3) verdeutlicht dies.

Die Breite der Chefarztvergütung ist zurückzuführen auf die vielzähligen Einflussfaktoren, von denen die Vergütungshöhe der Mediziner abhängt. Dabei handelt es sich einerseits um strukturelle Merkmale der Klinik bzw. der verantworteten Abteilung sowie andererseits um persönliche Merkmale des Positionsinhabers:

» Besonders auffällig sind die ausgeprägten Vergütungsunterschiede zwischen Chefärzten unterschiedlicher **medizinischer Fachgebiete**. Sie sind primär zurückzuführen auf unterschiedliche Marktknappheiten sowie die von Fachgebiet zu Fachgebiet mitunter deutlich variierenden Erlöspotentiale im Bereich der Privatliquidationen. Zu den Spitzenverdienern unter den Chefärzten zählen (wie auch regelmäßig in den Vorjahren) vor allem die Radiologen mit einer Jahresgesamtvergütung von 141.000 € bis 404.000 € (statistischer Marktrahmen: die Spanne vom unteren zum oberen Quartil), die Internisten (165.000 € bis 392.000 €) und die Orthopäden (162.000 € bis 437.000 €). Zu den weniger gut dotieren Fächern gehören vor allem die Geriatrie (113.000 € bis 241.000 €) und die Pädiatrie (141.000 € bis 211.000 €).

» Die **Größe eines Krankenhauses** hat – statistisch gesehen – Einfluß auf die Chefarztvergütung.
In großen Einrichtungen (mehr als 2.000 Beschäftigte) liegt die durchschnittliche Jahresgesamtvergütung bei 390.000 €, in kleineren Häusern (bis 500 Beschäftigte) hingegen bei lediglich 230.000 €. Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn man die Kliniken nach der Betten- oder Fallzahl oder dem Erlösbudget differenziert betrachtet.

» Nach wie vor ist ein **„Ost-West-Gefälle“** in der Chefarztvergütung festzustellen. In den westlichen Bundesländern liegt die Chefarztvergütung, je nach Fachgebiet, zwischen 2 % und 12 % über dem Bundesdurchschnitt (vereinzelt noch darüber hinaus), in den östlichen Bundesländern hingegen um 3 % bis 33 % darunter.

» Die **Größe des unmittelbaren Verantwortungsbereichs** eines Chefarztes ist ebenfalls von Bedeutung. Leiter eher kleiner Abteilungen mit bis zu fünf unterstellten Beschäftigten erhalten eine durchschnittliche Jahresgesamtvergütung von 225.000 €, Chefs größerer Einheiten (25 und mehr Unterstellte) liegen im Durchschnitt bei über 300.000 €.

Die verschiedenen Faktoren sind nicht isoliert und unabhängig voneinander zu sehen, so dass die beschriebenen Tendenzen nicht ohne weiteres kumuliert werden können. Beispielsweise sind große Abteilungen typischerweise eher in größeren Krankenhäusern vorzufinden, so dass eine enge Korrelation der empirisch analysierten Vergütungszusammenhänge besteht.

Spreizung vor allem in der variablen Vergütung

Die enorme Spreizung der Chefarztgehälter gerade zwischen den verschiedenen Fachgebieten ist primär auf deutliche Unterschiede in der Höhe der variablen Vergütungsbestandteile zurückzuführen – der Marktrahmen erstreckt sich von 19.000 € bis 172.000 € bzw. auf durchschnittlich 137.000 € – während sich die Festvergütungen in einem vergleichsweise engen Korridor bewegen. Der Anteil der variablen Vergütung an der Gesamtvergütung liegt damit über alle Positionen hinweg in einem Rahmen von etwa 10 % bis 50 % (durchschnittlich 45 %), in einzelnen Fächern aber auch deutlich darüber (z. B. Innere Medizin: 16 % bis 69 % (durchschnittlich 61 %), Radiologie: 10 % bis 64 % (durchschnittlich 53 %)) bzw. darunter (z. B. Pädiatrie: 5 % bis 34 % (durchschnittlich 26 %)).

Die deutlichen Unterschiede in der Höhe der variablen Gehaltskomponente stehen in engem Zusammenhang mit ihrer Ausgestaltungsform: Einkünfte, die ein Chefarzt aus der Gewährung des Privatliquidationsrechts erzielt, liegen bei 188.000 €, Einkünfte aus einer Beteiligungsvergütung bei 109.000 €, Prämien aus einer Bonusvereinbarung bei 68.000 € (Durchschnittswerte).

Die Zusammensetzung der Vergütungspakete von Chefärzten hat sich in den zurück liegenden Jahren spürbar verändert: belief sich noch zu Beginn des Jahrtausends der Anteil der Festvergütung auf lediglich etwa ein Drittel der Gesamtvergütung, liegt er heute bei rund der Hälfte. Verliert also die variable Vergütung an Bedeutung? Nein, denn die beschriebene Entwicklung geht einher mit einer veränderten Verbreitung der verschiedenen Ausgestaltungsformen: die früher klar dominierende Einräumung des Privatliquidationsrechts in den Dienstverträgen mit einer Verbreitung von über 80 % ist von der Beteiligungsvergütung, zielbasierten Bonusmodellen sowie Kombinationen dieser Gestaltungsformen deutlich zurück gedrängt worden (Verbreitung heute noch ca. 50 %). Privatliquidationserlöse werden zwar ebenso wie Prämien, Boni und andere leistungsbezogene Gehaltsformen statistisch als variable Vergütungsbestandteile

erfasst, da ihre Höhe nicht im voraus fixiert ist, sondern von der Leistungserbringung des Chefarztes abhängt, ihr Charakter ist aber zu Teilen eher der einer festen Gehaltskomponente, da ein „Erlössockel“ regelmäßig ohne besonders herausragende Leistungsanstrengungen erzielt werden dürfte. Zielbasierte Prämien hingegen weisen in der Regel (anspruchsvolle Zielsetzungen vorausgesetzt) gesamthaft einen engen Bezug zu den erbrachten Leistungen und Ergebnissen und insofern aus Sicht des Chefarztes eine ausgeprägtere „Risikohaltigkeit“ auf. Dieser Umstand ist in der Praxis meist der Grund dafür, einen („echt“) variablen Vergütungsbestandteil im Vergütungspaket zugunsten der Festvergütung etwas niedriger zu gewichten. Eine geringere Relevanz der variablen Vergütung ist somit faktisch im Markt nicht zu verzeichnen, vielmehr steht den etwas verringerten variablen Anteilen eine erhöhte „Variabilität der variablen Vergütung“ und aus dem Blickwinkel der Unternehmenssteuerung somit sogar eine höhere Bedeutung gegenüber.

Quo vadis, Bonus?

Leistungsorientierte Gehaltskomponente werden seit einigen Jahren durchaus kontrovers diskutiert – sowohl in der Krankenhausbranche (Stichworte Transplantationsskandale, „großzügige Indikationsstellung“ usw.), aber auch weit darüber hinaus (Stichwort „Fehlanreize“, Wirtschafts- und Finanzkrise). Die von manchen Seiten vertretene ablehnende Grundhaltung basiert insbesondere auf der nachvollziehbaren Befürchtung einer zu einseitig von ökonomischen Interessen geleiteten ärztlichen Tätigkeit und einer Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit. Dem stehen andererseits die Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Branche gegenüber, die für die Kliniken massive Veränderungsnotwendigkeiten mit sich bringen und wirksame interne Steuerungssysteme, die sich auch (!) an wirtschaftlichen Maßstäben orientieren, unverzichtbar machen. Die völlige Abkehr von leistungsorientierten Vergütungsmodellen ist daher mit der Realität nicht vereinbar, die Vergütungssysteme müssen vielmehr sorgsam hinsichtlich ihrer Ausgewogenheit (Kombination wirtschaftlicher und weiterer, auch qualitativer Leistungsindikatoren) und der Gefahr der Entstehung möglicher Fehlanreize überprüft und erforderlichenfalls zielgerichtet modifiziert werden.

Foto: © fotomek/fotolia.com

Viele Branchen sind dem Gesundheitssektor in bestimmten Entwicklungen, gerade im Bereich des Personalmanagements und der Unternehmenssteuerung, traditionell voraus. Im Interesse eines nachhaltigen Unternehmenserfolgs setzen sich immer häufiger Vergütungskomponenten mit einer mehrjährigen Bemessungsgrundlage (sog. Mid- bzw. Long-Term-Incentives) durch. Indem beispielsweise die Vergütung einer Führungskraft nicht mehr nur an die Erreichung von Jahreszielen gekoppelt ist, sondern (auch) an den Erfolg des Unternehmens bzw. der verantworteten Einheit über einen längeren Zeitraum, kann der potentielle (Fehl-)Anreiz zu einer rein kurzfristigen Optimierung (z. B. Leistungsausweitung), die womöglich erreicht wird zu Lasten einer längerfristig (nachhaltig) positiven Entwicklung (z. B. hinsichtlich Qualität, Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterbindung, strategische Weiterentwicklung), abgeschwächt werden. Auf der Top Management-Ebene sind solche Vergütungsmodelle zunehmend die Regel, wenngleich sie in der Gesundheitsbranche noch nicht in dem Ausmaß etabliert sind wie in vielen anderen Branchen. Auf der nachgelagerte Führungsebene erhalten branchenübergreifend bereits rund 20 % der Akteure einen entsprechenden Vergütungsbestandteil. Es wird spannend sein zu verfolgen, ob sich die Krankenhäuser die Vorteile solcher mehrperiodigen variablen Vergütungsmodelle auch bei ihren medizinischen Führungskräften zu Nutze machen.

Anschrift des Autors:
Thomas Thurm, Projektleiter Vergütungsberatung Kienbaum Management Consultants GmbH, 51645 Gummersbach

Karl Blum, Sabine Löffert, Alexander Morton, Matthias Offermanns, Carsten Schäfer

Die Zukunft der ländlichen Krankenhausversorgung

Foto: © BERLINSTOCK/fotolia.com

Die Situation der Krankenhäuser in den ländlichen Regionen wird zusehends schwieriger. Fallzahlentwicklung, Stellenbesetzungsprobleme und die zunehmende Ambulantisierung erschweren eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Setzen sich diese Probleme fort, droht eine ernsthafte Gefährdung der wohnortnahen Versorgung durch ländliche Krankenhäuser. Das ist das Ergebnis einer Repräsentativbefragung von 120 Krankenhäusern in ländlichen Regionen, die gemeinsam vom Branchencenter Gesundheit und Soziales der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (BDO) und dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) durchgeführt wurde. Die Ergebnisse liefern eine Standortbestimmung und zeigen Perspektiven für die ländliche Krankenhausversorgung.

Studiendesign

Grundlage der Zuordnung von Krankenhäusern zu ländlichen Regionen bildet die Amtliche Raumordnung. Danach entfallen rund zwei Drittel der Fläche in Deutschland auf ländliche Kreise. Dort lebt allerdings nur rund ein Drittel der Gesamtbevölkerung.

Nach der DKI-Krankenhausdatenbank gibt es in den ländlichen Regionen gemäß Amtlicher Raumordnung 607 Allgemeinkrankenhäuser. Das entspricht gut einem Drittel (36%) aller Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland mit rund 28% aller Betten. Die Verteilung der Krankenhäuser in ländlichen Regionen nach Betriebsstätten und Betten ist somit näherungsweise proportional zum Bevölkerungsanteil.

Die Befragung der ländlichen Krankenhäuser wurde in Form einer Online-Befragung im Sep-

tember/Oktober 2014 durchgeführt. Der Fragebogen wurde eigens für die Erhebung gemeinsam von BDO und DKI entwickelt. Adressaten der Befragung waren die Geschäftsführer der ländlichen Krankenhäuser. An der Befragung beteiligten sich 120 Krankenhäuser (Rücklaufquote: 20 %).

Ländliche Krankenhäuser sichern ambulante Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung im Einzugsgebiet wird von vielen ländlichen Krankenhäusern kritisch gesehen. So ist nur jedes zweite Stichprobenkrankenhaus (51%) der Auffassung, dass im eigenen Einzugsgebiet ausreichend Hausärzte vorhanden sind. Noch kritischer fällt die Einschätzung für die Fachärzte aus: Zwei von drei Häusern (62%) vertreten die Auffassung, dass zurzeit nicht ausreichend Fachärzte im Einzugsgebiet vorhanden sind.

Versorgungsdefizite in der ambulanten ärztlichen Versorgung haben unmittelbar Auswirkungen auf die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus. Jeweils mehr als 60% der Krankenhäuser in ländlichen Regionen mit einer nicht ausreichenden Anzahl an Haus- oder Fachärzten berichten von vermehrten Patientenzugängen in ihrer Notaufnahme.

Angesichts von Problemen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Einzugsgebiet leisten die Krankenhäuser in ländlichen Regionen schon heute einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung (Abb. 1). Rund zwei Drittel der Einrichtungen nehmen an der ambulanten Notfallversorgung teil.

Darüber hinaus verfügen die meisten Krankenhäuser über Ermächtigungen zur ambulanten ärztlichen Behandlung, sei es in Form persönlicher Ermächtigungen von Krankenhausärzten (65%) oder Institutsermächtigungen des Krankenhauses (32%). 40% der Stichprobenkrankenhäuser nehmen mit medizinischen Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Grundlegende Trends bis 2020

Als wichtigste Entwicklung bis zum Jahr 2020 erwarten die ländlichen Krankenhäuser vor allem eine stärkere Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung in ihrer Region (63%). Der Beitrag der ländlichen Krankenhäuer zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung wird somit weiter zunehmen (Abb. 2).

Einen weiteren Trend bildet eine stärkere Vernetzung, sei es in Form einer verstärkten Kooperation mit anderen Krankenhäusern (54 %), sei es über eine integrierte Versorgung mit an-

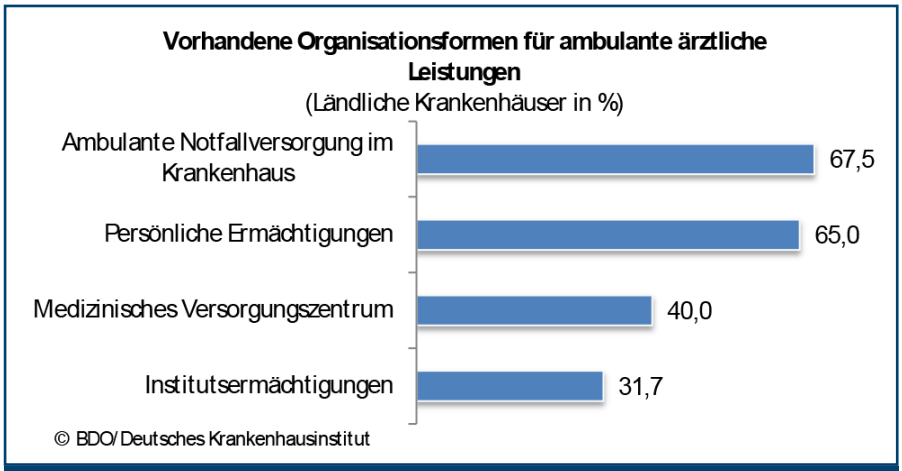


Abbildung 1: Ambulante ärztliche Leistungen im Krankenhaus

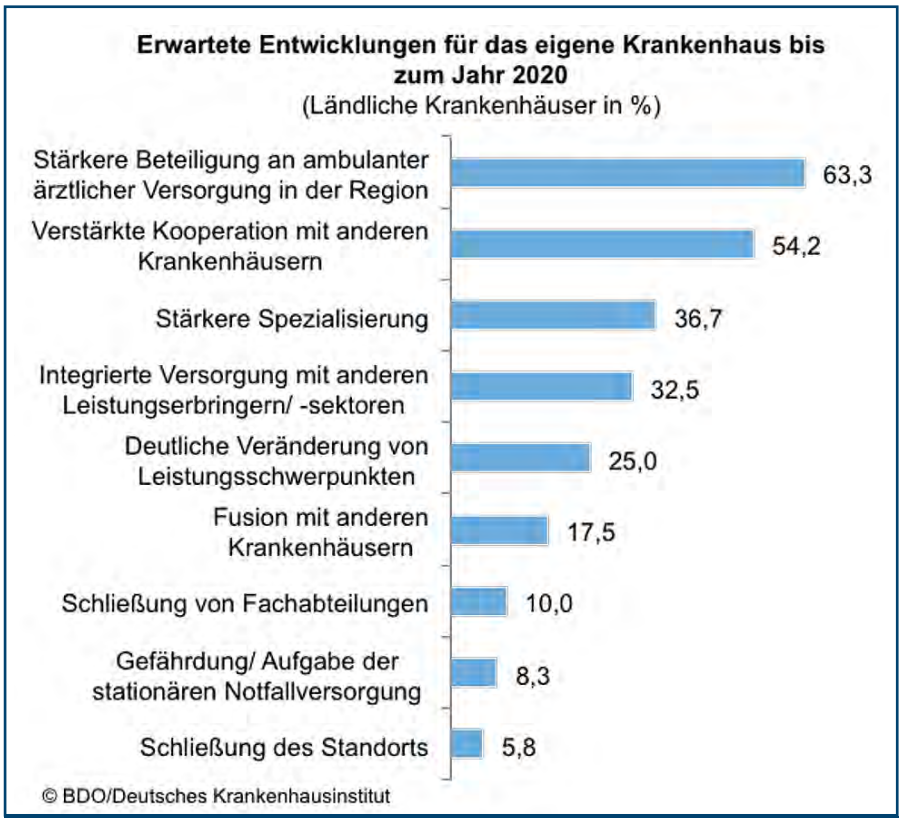


Abbildung 2: Erwartete Entwicklungen bis 2020

deren Leistungserbringern oder Leistungssektoren (33 %). Auch ein Wandel im Leistungsspektrum ist teilweise angedacht, vor allem in Form einer stärkeren Spezialisierung (37 %) oder durch deutliche Veränderung von Leistungsschwerpunkten (25 %).

In der stationären Versorgung auf dem Lande wird es bis zum Jahr 2020 zu einer Marktbereinigung kommen, sei es in Form von Krankenhausfusionen oder Standort- und Abteilungsschließungen. Mit einer Fusion mit anderen Krankenhäusern rechnen bis dahin immerhin 18 % der stationären Einrichtungen in ländlichen Regionen. Dabei handelt es sich überwiegend um kleinere Häuser unter 200 Betten, vornehmlich in öffentlicher Trägerschaft.

6 % der Befragungsteilnehmer gehen davon aus, dass ihr Standort bis 2020 geschlossen wird. Dabei handelt es sich ausnahmslos um Krankenhäuser unter 200 Betten. Weitere 10 % der ländlichen Krankenhäuser erwarten bis 2020 die Schließung von Fachabteilungen. In einer offenen Frage wurde hier insbesondere die Gynäkologie und Geburtshilfe genannt.

Fachkräftemangel in ländlichen Regionen

Der Fachkräftemangel bzw. die Stellenbesetzungsprobleme bilden seit längerem eine zentrale Herausforderung für die Krankenhausversorgung in Deutschland. Davon bleiben auch die ländlichen Krankenhäuser nicht verschont (Abb. 3).

Zum Erhebungszeitpunkt im Herbst 2014 hatten 44 % der Befragungsteilnehmer Probleme, offene Arztstellen zu besetzen. Der Ärztliche Dienst bildet damit die Berufsgruppe, die am stärksten von Stellenbesetzungsproblemen betroffen ist. Den zweiten zentralen Problembereich bildet die Intensivpflege. Hier waren 29 % der Intensivstationen in ländlichen Regionen vom Fachkräftemangel betroffen.

Hingegen fällt der Fachkräftemangel in der Pflege auf den Normalstationen sowie im nichtärztlichen Anästhesie- und OP-Dienst geringer aus. Hier hatten jeweils rund 10 % der Einrichtungen in ländlichen Regionen mit Stellenbesetzungsproblemen zu kämpfen.

Verglichen mit anderen Regionen konzentriert sich der Fachkräftemangel in den ländlichen Krankenhäusern, relativ gesehen, zwar auf weniger Häuser. In den betroffenen Einrichtungen fällt der Anteil der unbesetzten Stellen im Vergleich zu

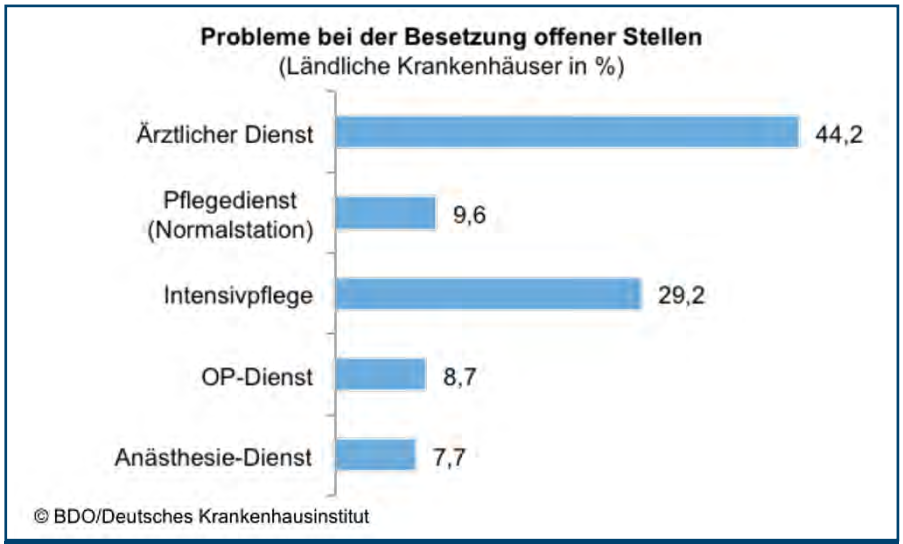


Abbildung 3: Stellenbesetzungsprobleme

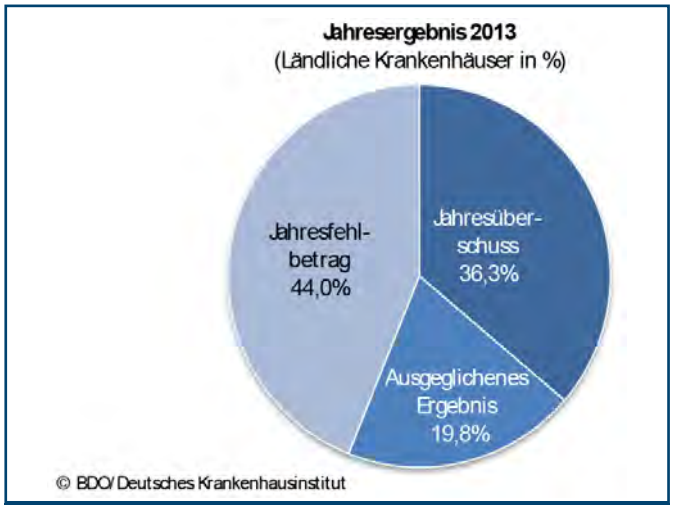


Abbildung 4: Jahresergebnis 2013

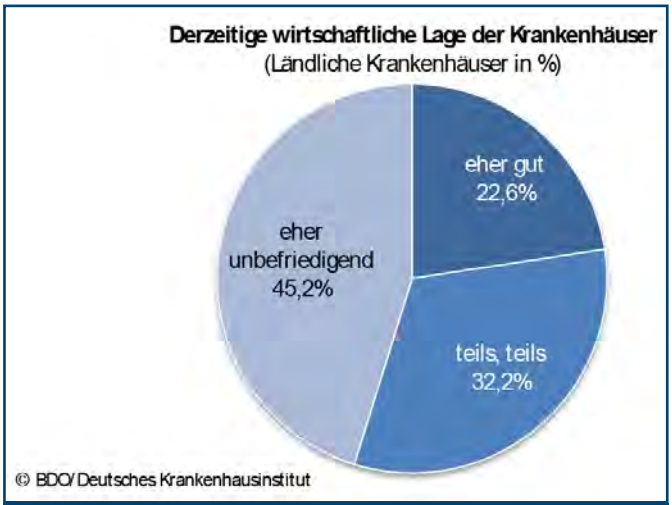


Abbildung 5: Wirtschaftliche Lage 2014

betroffenen Häusern in anderen Regionen aber überdurchschnittlich hoch aus.

So sind in ländlichen Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen im Durchschnitt ca. 5 % der ärztlichen Vollkraftstellen unbesetzt. In der Intensivpflege sowie im nicht-ärztlichen Anästhesie- und OP-Dienst sind jeweils knapp 10 % aller entsprechenden Vollkraftstellen vakant. In der Pflege auf den Normalstationen sind etwa 6 % der pflegerischen Vollkraftstellen in den betroffenen Häusern offen.

Wirtschaftliche Lage der ländlichen Krankenhäuser ist kritisch

44 % der ländlichen Krankenhäuser in Deutschland haben im Jahr 2013 Verluste geschrieben. 36% der ländlichen Krankenhäuser hatten einen Jahresüberschuss und 20% ein ausgeglichenes Jahresergebnis (Abb. 4).

Über das Jahresergebnis 2013 hinaus schätzten 45 % der ländlichen Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage im Herbst 2014 als eher unbefriedigend ein, 23 % beurteilen sie als gut, während 32 % in dieser Hinsicht unentschieden sind (vgl. Abb. 5).

Darüber hinaus blicken die Krankenhäuser in ländlichen Regionen eher pessimistisch in die Zukunft. 41 % der ländlichen Krankenhäuser erwarten eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation, nur 15 % der Einrichtungen gehen für 2015 von einer Verbesserung aus. Die übrigen erwarten keine nennenswerte Veränderung ihrer wirtschaftlichen Lage (vgl. Abb. 6).

Vergleicht man die Ergebnisse zur wirtschaftlichen Situation der ländlichen Krankenhäuser mit der wirtschaftlichen Lage in städtischen Regionen, so zeigen sich wenige Unterschiede. Im Jahresergebnis 2013 weichen städtische und ländliche Krankenhäuser kaum mehr voneinander ab. Bei der Einschätzung der wirtschaftlichen Lage resultieren gleichfalls kaum Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Krankenhäusern. Insgesamt lässt sich festhalten, dass es mittlerweile kaum noch ein Stadt-Land-Gefälle in der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser gibt. Von wirtschaftlichen Problemen sind Krankenhäuser in ländlichen wie städtischen Regionen in vergleichbarem Ausmaß betroffen.

Forderung an die Politik

Zur Sicherung einer angemessenen Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sind umfassende gesundheitspolitische Reformen notwendig. Am wichtigsten sind den ländlichen Krankenhäusern dabei gesundheitspolitische Strukturmaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum (55%).

Ebenso wichtig ist den Krankenhäusern im ländlichen Raum aber auch eine stärkere Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung. Jeweils mehr als jeder zweite Befragungsteilnehmer fordert die Auflösung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung auf dem Lande (56%) sowie die Aufhebung des Sicherstellungsmonopols der Kassenärztlichen

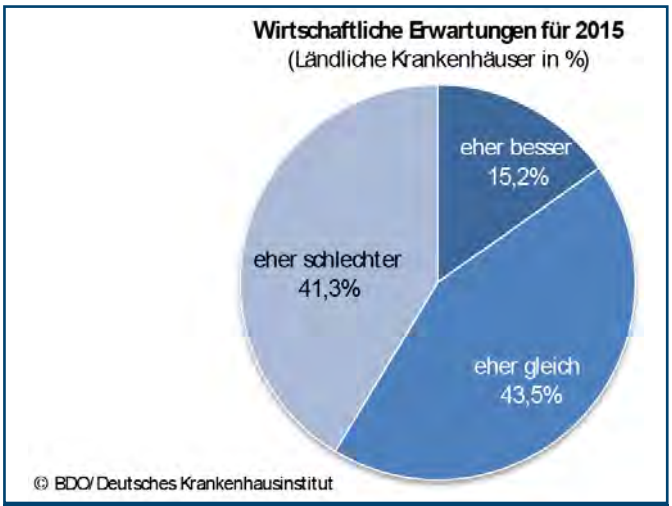


Abbildung 6: Wirtschaftliche Erwartungen für 2015

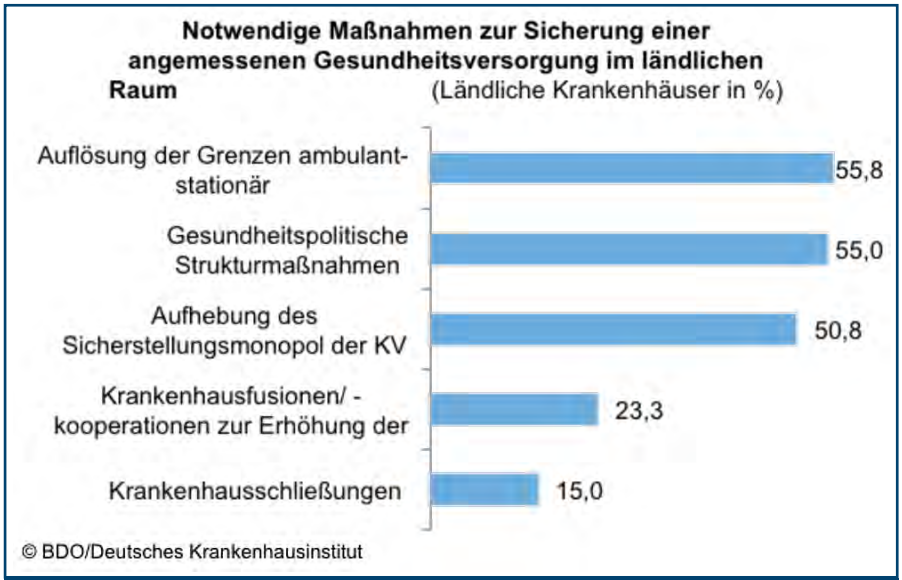


Abbildung 7: Gesundheitspolitische Forderungen

Vereinigungen für die ambulante ärztliche Versorgung (51%).

Knapp ein Viertel der Befragungsteilnehmer hält zur Sicherung einer angemessenen Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Krankenhausfusionen oder Krankenhauskooperationen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit für notwendig. 15% halten auch Krankenhausschließungen für sinnvoll, damit die verbleibenden Standorte höhere Patientenzahlen aufweisen (vgl. Abb. 7).

Diskussion

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in ländlichen Regionen ist schwierig. Viele Krankenhäuser schreiben Verluste, beurteilen ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als unbefriedigend oder blicken pessimistisch in die Zukunft. Vor diesem Hintergrund sind Marktbereinigungen und Konzentrationsprozesse der stationären Versorgung im ländlichen Raum zu erwarten.

Die Sicherung von Wirtschaftlichkeit und Investitionsfähigkeit bildet die größte Herausforderung für die Krankenhäuser, nicht nur in ländlichen Regionen. Maßgebliche Ursache hierfür sind eine nicht sachgerechte Finanzierung von Betriebskosten, vor allem tariflicher Lohnsteigerungen, und eine unzureichende Finanzierung von Investitionskosten durch die öffentliche Hand. Sollten diese Finanzierungsprobleme nicht gelöst werden, drohen noch mehr Krankenhäuser in Deutschland zu Sanierungsfällen zu werden. Dies geht nicht zuletzt zu Lasten der flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung in ländlichen Gebieten.

Neben dem Erhalt von Wirtschaftlichkeit und Investitionsfähigkeit betrachten Krankenhäuser in ländlichen Regionen den Fachkräftemangel als besondere Zukunftsherausforderung. Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen zählen Krankenhäuser vielfach zu den größten Arbeitgebern vor Ort. Gleichwohl konkurrieren sie mit attraktiven urbanen Regionen um Fachkräfte. Die ländlichen Krankenhäuser können durch attraktive Arbeitsbedingungen einen aktiven Beitrag zur Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbindung leisten, etwa durch Maßnahmen der Personalentwicklung oder familien- und altersgerechte Arbeitsplätze.

Trotz schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen bieten sich den Krankenhäusern in ländlichen Regionen aber auch Chancen. Ein besonders wichtiger Aspekt ist die Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Krankenhäuser. Schon heute existieren in vielen ländlichen Regionen Versorgungslücken in der haus- und fachärztlichen Versorgung, die durch die Krankenhäuser geschlossen werden. Zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung auf dem Lande leisten die Krankenhäuser damit schon heute einen wichtigen und unverzichtbaren Beitrag.

Eine noch stärkere Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung bildet daher gleichermaßen eine zentrale Erwartung wie auch wichtige politische Forderung der Krankenhäuser in ländlichen Regionen. Für diesen Zweck müssen allerdings die starren Grenzen zwischen den Versorgungssektoren aufgehoben bzw. die Durchlässigkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erhöht werden. Von daher ist das Sicherstellungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen in der jetzigen Form nicht mehr zeitgemäß.

Eine weitere Chance für ländliche Krankenhäuser besteht in der besseren Vernetzung ländlicher Krankenhäuser untereinander bzw. mit anderen Gesundheitseinrichtungen und Leistungserbringern in der Region. Dies kann in Form von Krankenhausfusionen und Krankenhauskooperationen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit erfolgen. Eine gezielte Abstimmung des Leistungsspektrums eröffnet den einzelnen Kooperationspartnern die Möglichkeit zu einer stärkeren Spezialisierung. Auch durch den gemeinsamen Betrieb von Funktions- und Serviceeinheiten können Wirtschaftlichkeitspotenziale gehoben werden

Eine bessere Vernetzung kann des Weiteren durch eine integrierte Versorgung mit anderen Leistungserbringen und Leistungssektoren geschehen. Gerade in ländlichen Regionen sollten Krankenhäuser zu regionalen Gesundheitszentren ausgebaut werden, die Versorgungsprozesse sektorübergreifend steuern und integrieren.

Anschrift der Autoren:
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.,
Hansallee 201, 40549 Düsseldorf

Die Studie „Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020“ ist als kostenloser Download verfügbar unter www.bdo.de und www.dki.de

Annette Scholz

Keine Zeit für Weiterbildung?

Das Mastertrainer-Konzept von BDC und BDI geht neue Wege und liefert die Lösung

Der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. und der Berufsverband Deutscher Chirurgen e. V.wollen mit ihrem Gemeinschaftsprojekt „Mastertrainer" eine praktikable strukturierte Weiterbildung in deutschen Krankenhäusern und Praxen etablieren. Dabei setzen sie direkt dort an, wo die Weiterbildung stattfindet – nämlich bei denjenigen, die den ärztlichen Nachwuchs weiterbilden. Seit Beginn im November 2013 nahmen 35 Chef- und Oberärzte aus der Chirurgie und der Inneren Medizin verschiedener deutscher Kliniken an dem Pilotprojekt teil. Als ausgebildete Mastertrainer werden sie nun auf dem Internistenkongress in Mannheim selbst das Projekt anderen Weiterbildern vorstellen.

Foto: © fotomek/fotolia.com

„Kaum eine Klinik ist heute noch mit ihrer Weiterbildung, die sie den Assistenzärzten bieten kann, zufrieden", so PD Dr. Michael Denkinger, BDI-Vorstandsmitglied und Chefarzt für Geriatrie der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm. „Der Alltag in den Kliniken lässt meistens nicht genügend Zeit für zusätzliche Aufgaben, wie sie die Weiterbildung eben erfordert. Dass wir uns damit aber langfristig selbst schaden, liegt auf der Hand", so Denkinger. „Das Argument, dass es jeder Klinik so geht, hilft uns bei dem Problem nicht weiter. Die Lösung ist, andere Wege zu gehen und den Weiterbildern in einem passenden Konzept funktionierende Instrumente an die Hand zu geben", resümiert Dr. Jörg Ansorg, Geschäftsführer des BDC, der das Projekt von chirurgischer Seite betreut.

Ein solches Konzept ist BDC und BDI mit dem „Mastertrainer" gelungen. Erarbeitet wurde es federführend von Prof. Dr. Marcus Siebolds, Spezialist im Medizinmanagement an der Katholischen Hochschule Köln. „Wir schulen die Weiterbilder in den wichtigsten Kompetenzen, bereiten sie auf die Hürden vor, die sie in ihren Abteilungen und in der neuen Rolle erwarten können, geben ihnen Schulungsunterlagen und -techniken an die Hand und begleiten sie während der gesamten Ausbildung", erklärt Siebolds. „Alle Lehrinhalte und das Programm selber sind an die aktuellen Bedingungen in Klinik und Praxis und das geforderte Qualitätsmanagement angepasst. Der Erfolg des Konzepts liegt genau darin begründet, dass sich alles in den ärztlichen Alltag integrieren lässt und die wesentlichen Inhalte strukturiert erlernt und weitergegeben werden können."

Die Grundausbildung der Mastertrainer ist stark trainingsorientiert. Nach einer Einführung in die nationale und internatio-

nale Qualitätsentwicklung der Facharzt-Weiterbildung erarbeiten die Teilnehmer das Kerncurriculum für die Fachabteilungen. So soll am Ende des Seminars jeder Teilnehmer bereits über erste Dokumente für das eigene Weiterbildungsprogramm verfügen. Genauso wichtig sind für Weiterbilder jedoch bestimmte Techniken für den Umgang mit den Weiterzubildenden. Unter dem Motto „Was sich übt, das prüft sich" lernen die Teilnehmer Modelle der Feedbackgabe zu klinischen Kompetenzen und Skills kennen. Neben dem Weiterbildungsgespräch und der Lernstandsrückmeldung trainieren sie Techniken des klinischen Testats. In regelmäßigen Supervisionen besprechen angehenden Mastertrainer Strategien, mit den Umsetzungsproblemen vor Ort umzugehen und die gelernten Inhalte als Weiterbildungsprogramm im ärztlichen Alltag umzusetzen. Zum Abschluss des Kurses werden einzelne Teilnehmer aber auch darin geschult, das Programm anderen Interessierten vorzustellen.

Genau dies geschieht nun auch auf dem Internistenkongress 2015 in Mannheim. Am Sonntag, 19.04.2015, referieren vormittags die Projektleiter im Rahmen des Seminars über den Zustand der Weiterbildung in Deutschland und über die Hintergründe des Konzepts. Am Nachmittag stellen die frisch ausgebildeten Mastertrainer in drei Workshops die praktische Seite des Konzepts vor.

„Wir möchten in Mannheim so viele Teilnehmer wie möglich auf unser Konzept aufmerksam machen, weil es effizient und effektiv ist. Bei einem Aufwand von etwa drei bis vier Arbeitstagen pro Mastertrainer im ersten Jahr können Kliniken und Praxen die Qualität vor Ort ganz schnell verbessern. Eine qualifizierte Weiterbildung ist insbesondere für die Kliniken eines der wichtigsten Argumente, junge Ärzte für ihre Häuser zu gewinnen", so Denkinger.

Anschrift der Autorin:
Annette Scholz, Marketing-Koordinatorin,
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.,
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

Vorstellung des Gemeinschaftsprojektes „Mastertrainer"von BDC und BDI im Rahmen des Internistenkongresses
(121. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) im Rosengarten Mannheim)

Sonntag, 19.04.2015, 08.00 - 10.30 Uhr (Saal 5)
Auftaktseminar mit Vorträgen und Diskussionen

- Innere Medizin – 1 Gebiet mit 1000 Berufsvarianten
  Prof. Dr. med. Michael Hallek (Köln), Dr. med. Thomas Schröter (Weimar)
- Wie kann Weiterbildung noch funktionieren? Lösungsvorschläge für Kliniken
  Prof. Dr. med. Marcus Siebolds (Köln), PD Dr. med. Michael Denkinger (Ulm)
- Erfolgreiche Umsetzung strukturierter Weiterbildung – so kann es gehen
  Dr. med. Nikolaos Peter Stergiou (Seligenstadt)
- Wieviel Wissenschaft braucht die Facharztweiterbildung?
  Prof. Dr. med. Michael Hallek (Köln), Prof. Dr. med. Michael P. Manns (Hannover)

Sonntag, 19.04.2015, 13.00 - 17.00 Uhr (Seminarräume 2.3, 2.7, 2.8)
Workshops mit Vorstellung des Programms und praktischen Umsetzungstipps:

- Wie schreibe ich ein einfaches Kerncurriculum für die eigene Abteilung?
- Wie führe ich ein Jahresweiterbildungsgespräch?
- Wie gebe ich meinen Assistenten eine systematische Rückmeldung über ihren Leistungsstand in der Weiterbildung?

Teilnehmer des Internistenkongresses müssen sich nicht gesondert für das Seminar oder die Workshops anmelden. Das Kongressticket gilt als Eintrittskarte. Aus Platzgründen können in den Workshops (drei Kurse) jedoch nicht mehr als jeweils 15 Teilnehmer aufgenommen werden

RA Norbert H. Müller

Der Rechtsrat – kurz und bündig

Ärztliche Leitung der Intensivstation ohne formelle Zusatzbezeichnung

Fragestellung:

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

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

Antwort:

1.

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

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

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

2.

Pauschale Empfehlungen, welche Eintragungen in dem Freitextblock des Aufklärungsbogens vorgenommen werden, können wir leider nicht geben. Hierzu wäre insbesondere zunächst eine Kenntnis des konkreten Aufklärungsbogens nötig (Es existieren bekanntlich eine Vielzahl von Mustern verschiedener Verlage sowie eigenerstellte Aufklärungsbögen).

Unseres Erachtens hat eine handschriftliche, über die bloße Unterzeichnung des

Norbert H. Müller

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

„Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken sowie die Erfolgsaussichten entsprechend dem Aufklärungsbogen in einem ausführlichen Gespräch erläutert wurden“. Ggf. empfiehlt sich auch – soweit gegeben – der Hinweis, dass über etwaige Behandlungsalternativen aufgeklärt wurde. Eine erneute Nennung einzelner Risiken, welche bereits vorgedruckt im Aufklärungsbogen genannt werden, halten wir für weniger zweckdienlich, da insoweit das Risiko besteht, dass dann von Patientenseite später so argumentiert wird, dass bestimmte Risiken, welche nicht erneut handschriftlich aufgenommen wurden, nicht besprochen worden sind.

Nachvertragliche Verpflichtung zu Stellungnahmen

Fragestellung:

Ich habe mittlerweile dank Ihrer Mithilfe mein bisheriges Beschäftigungsverhältnis beendet und einen deutlich besseren Arbeitsvertrag bei einem neuen Arbeitgeber unterzeichnet, bei dem ich nunmehr auch die Stelle bereits angetreten habe. Nunmehr erreichen mit jedoch vereinzelte Anfragen meines Nachfolgers auf der alten Stelle bzw. der dortigen Arbeitgeberin zu früheren Schlichtungsverfahren und Versicherungsanfragen hinsichtlich meiner früheren Tätigkeit bzw. der eines meiner früheren Oberärzte. Da ich dort schon seit längerem nicht mehr tätig bin stellt sich für mich die Frage, inwieweit ich mich um diese Anfragen noch im Detail kümmern muss; respektive diese zu beantworten habe.

Antwort:

Zu Ihrer Frage nach Fertigung von Stellungnahmen zu Fragen der Gutachterkommission, Schlichtungsstelle, Gerichten oder Patientenanwälten aus der Behandlung für den früheren Arbeitgeber nehmen wir wie folgt Stellung:

Im Rahmen des seinerzeitigen Arbeitsverhältnisses bestand die Verpflichtung, zu Haftungsfällen im jeweiligen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich Stellung zu nehmen bzw. Stellungnahmen des Krankenhausträgers vorzubereiten. Die wechselseitigen Rechte und Pflichten aus dem Arbeitsverhältnis enden grundsätzlich mit dessen Beendigung. Allerdings existieren auch sogenannte nachvertragliche Pflichten zwischen den Parteien des Arbeitsverhältnisses, die über den Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses hinaus fortwirken können.

Die Rechtsprechung geht davon aus, dass auch nach der eigentlichen Vertragsabwicklung im Rahmen des Zumutbaren gewisse nachvertragliche Handlungs- oder Unterlassungspflichten bestehen können, damit dem Vertragspartner nicht unverhältnismäßige, mit der vorhergegangenen Vertragserfüllung zusammenhängende Schäden entstehen.

Insofern wird sicherlich zu differenzieren sein zwischen Anfragen zu Behandlungen, bei denen Sie persönlich tätig und/oder involviert waren, und Behandlungen, bei denen Sie nicht teilgenommen haben, bei denen Sie Fragestellungen also ebenfalls nur nach Aktenlage beantworten könnten. Bei diesen zuletzt genannten Fällen hätten Sie bei der Beurteilung keinen „Wissensvorsprung“ aus persönlicher Tätigkeit, so dass die Beurteilung speziell durch Sie keinen objektiven Vorteil hätte im Vergleich zu einer Beurteilung durch Ihren Nachfolger oder den behandelnden Arzt des Krankenhauses. Insofern sehen wir eine nachvertragliche Verpflichtung allenfalls insoweit, wie eine Beurteilung und Fertigung einer Stellungnahme durch den Nachfolger im Amte oder dessen nachgeordnete Ärzte nicht ebenso gut erstellt werden kann.

Das gilt dann umgekehrt auch für die Aufarbeitung von „Altfällen“ als Chefarzt bei dem „neuen“ Krankenhausträger.

Eine gesetzliche Regelung existiert insoweit zu den nachvertraglichen Pflichten im Arbeitsrecht allerdings nicht. Deren Besonderheit besteht vielmehr darin, dass es sich um ungeschriebene Pflichten handelt. Dieses von der Rechtsprechung entwickelte Rechtsinstitut wird gestützt auf den Grundsatz von Treu und Glauben.

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

Ausschreibung für den VLK-Zukunftspreis 2015

Der Gesamtvorstand des Verbandes der Leitenden Ärzte Deutschlands (VLK) hat sich in seiner Sitzung vom 13. September 2012 dafür ausgesprochen, künftig den VLK-Zukunftspreis zu verleihen.

Die Auszeichnung wird jährlich ausgeschrieben und ist mit 3.000 € ausgelobt.

Welches sind die Kriterien für den Zukunftspreis?
Im Mittelpunkt stehen außergewöhnliche zukunftsorientierte Leistungen im Gesundheitswesen. Herausgehoben sind:

- Patientenversorgung
- Ärztliche Fort- und Weiterbildung
- Engagement im VLK
- Lebenswerk

Der Zukunftspreis kann an Mitglieder des VLK und an Persönlichkeiten des Öffentlichen Lebens vergeben werden.

Wichtig sind:

- Konkretisierbarkeit der Leistungen und des Engagements
- Schriftliche Begründung für die Nominierung
- Einreichung des Curriculum Vitae der vorgeschlagenen Persönlichkeit

Hiermit möchten wir die Mitglieder des VLK auffordern, Vorschläge für geeignete Persönlichkeiten

bis zum 31. Mai 2015

an den Präsidenten des VLK, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf einzureichen.

Der VLK-Zukunftspreis 2015 wird im Rahmen des 4. VLK-Bundeskongresses am 19. September 2015 in Berlin verliehen.

Einladung

Versammlung der Mitglieder des VLK aus dem Fachgebiet "Innere Medizin" während des 121. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

hiermit laden wir Sie zu der traditionellen Mitgliederversammlung des VLK während des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für

Montag, den 20. April 2015, 17.15 Uhr bis 19.30 Uhr

in das

MARITIM Parkhotel Mannheim, Friedrichsplatz 2,
65165 Mannheim, Salon Darmstadt

ein.

Wir werden Sie über die aktuelle gesundheitspolitische Situation und über Aktivitäten des Verbandes informieren.

Über aktuelle Rechtsfragen wird im Anschluss daran Rechtsanwalt Müller referieren.

Alle interessierten Mitglieder sind herzlich zur Teilnahme eingeladen.

Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass für Mitglieder des Verbandes

Rechtsberatung am Montag, 20. April 2015, 13.00 Uhr - 17.00 Uhr
MARITIM Parkhotel Mannheim, Salon Würzburg

stattfinden wird.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns mitteilen würden, ob wir mit Ihrer Teilnahme an der Versammlung der Mitglieder des VLK aus dem Fachgebiet "Innere Medizin" am 20. April 2015 in Mannheim rechnen dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Professor Dr. Hans-Fred Weiser
Präsident

Dipl.-Volksw. Gerd Norden
Hauptgeschäftsführer

Einladung

Versammlung der VLK-Mitglieder aus dem Fachgebiet Chirurgie

In der Zeit vom 28. April bis zum 01. Mai 2015 findet im Internationalen Congress Centrum München (ICM) der 132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie statt.

Der VLK nimmt dies zum Anlass, seine Mitglieder aus diesem Fachgebiet für

Mittwoch, den 29. April 2015, 12.15 Uhr bis 14.00 Uhr

zu einer Mitgliederversammlung in das

Ramada Hotel, Konrad-Zuse-Platz 14, 81829 München, Raum Xaver

einzuladen.

Das Ramada Hotel liegt direkt gegenüber der Messe München und dem ICM.

Ab 11.30 Uhr bieten wir im Foyer vor dem Raum Xaver einen kleinen Imbiss für unsere Mitglieder an.

Folgende Tagesordnung ist vorgesehen:

1. Begrüßung
2. Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung u.a. GKV VSG, Krankenhausreform 2015, Novellierung GOÄ, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
3. Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen. Bisherige Erkenntnisse und neue Tendenzen, RA Norbert H. Müller
4. Diskussion

Im Anschluss an diese Mitgliederversammlung findet in der Zeit von 14.30 Uhr bis 17.00 Uhr, ebenfalls im Ramada Hotel, Raum Xaver, Rechtsberatung für VLK-Mitglieder statt.

Über Ihre Teilnahme an der Mitgliederversammlung des VLK würden wir uns freuen und wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns mitteilen könnten, ob wir mit Ihrer Teilnahme rechnen dürfen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise nach München und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
Präsident

Dipl.-Volksw. Gerd Norden
Hauptgeschäftsführer

Einladung

Versammlung der VLK-Mitglieder aus dem Fachgebiet Anästhesiologie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

in der Zeit vom 07. bis 09. Mai 2015 findet im Congress Center Süd (CCD-Süd) auf dem Düsseldorfer Messegelände der **D**eutsche **A**nästhesie **C**ongress 2015 statt. Der VLK nimmt dies zum Anlass, seine Mitglieder aus dem Fachgebiet Anästhesiologie für

Donnerstag, den 07. Mai 2015, 10.00 Uhr - 12.30 Uhr

zu einer Mitgliederversammlung in

Saal 18 des CCD-Süd

einzuladen.

Bislang hat Herr Professor Dr. Paravicini, Facharzt für Anästhesiologie und ehemaliger Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen im VLK, gemeinsam mit dem VLK-Präsidenten zu dieser Veranstaltung eingeladen. Nachdem sich Professor Paravicini aus der Organisation dieser Veranstaltung zurückgezogen hat, wird diese Mitgliederversammlung künftig fachlich betreut von Herrn **Prof. Dr. Thomas Standl**, Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Operative Intensiv-und Palliativmedizin im Städt. Klinikum Solingen, der Sie im Rahmen der Mitgliederversammlung begrüßen und diese Veranstaltung leiten wird.

Folgende Tagesordnung ist vorgesehen:

1. Begrüßung (10.00 Uhr bis 10.05 Uhr)
   Prof. Dr. Thomas Standl, Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Operative Intensiv- und Palliativmedizin, Städtisches Klinikum Solingen

2. Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen (10.05 Uhr bis 10.30 Uhr)
   u.a. GKV VSG, Krankenhausreform 2015, Novellierung der GOÄ
   Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des VLK

3. Herausforderungen mit der Generation Y (10.30 Uhr bis 10.50 Uhr)
   Vanessa Walke, Beraterin bei Schubert Management Consultants

4. VLK-Zertifizierung „Generationen-freundliche Klinik“ (10.50 Uhr bis 11.20 Uhr)
   Prof. Dr. Dr. Martin Bauer, Stellv. Direktor und Leiter OP-Management, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Göttingen

5. Diskussion zu den Vorträgen unter TOP 3 und TOP 4 (11.20 Uhr bis 11.50 Uhr)

6. Aktuelle Rechtsfragen (11.50 Uhr bis 12.30 Uhr)
   RA Norbert H. Müller, Kanzlei Klostermann & Partner, Bochum

Im Anschluss an diese Mitgliederversammlung findet in der Zeit von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr, ebenfalls in Saal 18 des CCD-Süd, Rechtsberatung für VLK-Mitglieder statt.

Über Ihre Teilnahme an der Mitgliederversammlung würden wir uns freuen und wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns mitteilen könnten, ob wir mit Ihrer Teilnahme rechnen dürfen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise nach Düsseldorf und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Professor Dr. Hans-Fred Weiser
Präsident

Dipl.-Volksw. Gerd Norden
Hauptgeschäftsführer

P.S. Bitte beachten Sie folgenden Hinweis: Die mit der Kongressorganisation beauftragte Gesellschaft MCN hat uns darüber informiert, dass der Zutritt zu Saal 18 des CCD-Süd ausschließlich über Halle 1 möglich ist. Eine Zutrittsberechtigung zu der VLK-Veranstaltung ist indes nicht notwendig.

Das stand auf der Agenda

Februar 2015

Foto: © frankdaniels/fotolia.com

04.02.2015, Saarbrücken

- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Saarland, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Cornelia Cedzich, Gerd Norden

07.02.2015, Hamburg

- Informationsveranstaltung der Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Ulrich Bonk, Dr. Arthur Friedrich, Dr. Methodi Jantschulev, Prof. Dr. Benno Stinner, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

09.02.2015, Berlin

- Fachausschuss Krankenhauspersonal, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

12.02.2015, Berlin

- AG Mindestmengen der DKG, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
- 10. Sitzung der Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, RA Norbert H. Müller, Gerd Norden

13.02.2015, Düsseldorf

- 117. Sitzung des GDK-Verwaltungsrates, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

16.02.2015, Rotenburg

- Gespräch mit Internet-Administrator, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jürgen Brenner, Dr. Michael Feldmann, Gerd Norden

18.02.2015, Berlin

- Fachausschuss Krankenhausfinanzierung der DKG, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

23.02.2015, Düsseldorf

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

25.02.2015, Berlin

- VKD-Führungskräfteseminar, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

27.02.2015, Nürnberg

- Bundeskongress Chirurgie 2015, VLK-Teilnehmer: Dr. Michael A. Weber

plakate folder
kataloge prospekte außenwerbung
logos anzeigen rollup displays
geschäftsdrucksachen broschüren

creativ-studio
arenz gmbh

heinrich-schelper-straße 2
27356 rotenburg (wümme)
telefon 04261 41417-50
telefax 04261 41417-17

www.creativ-studio-arenz.de

Foto: © Rachael Arnott/fotolia.com

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