ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

4
88. Jahrgang
April 2015

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © fotomek/fotolia.com

Das GKV-VSG auf der Zielgeraden

- Gesundheitsversorgung für leitende Krankenhausärzte im Ruhestand
- Neue Service-Angebote für VLK-Mitglieder

Gesundheitspolitik für die Galerie

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

Das so genannte Versorgungsstärkungsgesetz (VSG), dessen Verabschiedung durch den Bundestag wir in den nächsten Wochen entgegensehen, ist ein Gesetz „für die Galerie“: Alles hört sich gut an (sogar der Titel), aber die Kenner im Parkett können die Wirkungen des Gesetzes sehr rasch in vier Kategorien einteilen: 1. Haben wir schon. 2. Brauchen wir nicht. 3. Nett gedacht, aber wird nicht funktionieren. 4. Sinnvoll, könnte man mal versuchen. Leider ist die vierte Kategorie beim VSG die mit Abstand kleinste. Der viel diskutierte Innovationsfonds gehört dazu, oder auch die Regelung, für Medizinische Versorgungszentren die Betreiberformen zu erweitern. Im übrigen begrüßt der VLK natürlich ausdrücklich den Bestandsschutz, den nach dem aktuellen Gesetzestext die bisherigen 116b-Einrichtungen am Krankenhaus genießen.

Aber der gerade in den Medien immer wieder positiv ausgebreitete Rest des Ganzen? Aus meiner Sicht eine Ansammlung schön klingender, in der tatsächlichen Umsetzung jedoch höchst fragwürdiger „Segnungen“, die an der tatsächlichen Versorgungsbasis kaum Wirkung zeigen werden, die aber – und da fängt die Sache an ärgerlich zu werden – einmal mehr die Macht des Gemeinsamen Bundesausschuss und anderer undurchsichtiger Selbstverwaltungsgremien massiv ausweiten und für uns „Versorger“ eine ganze Reihe bürokratischer Regelungen zur Folge haben.

Stichwort „Terminservicestellen“ – das Aufreger-Thema schlechthin für die BILD-Zeitung und die linke Opposition. Klar, dass der Minister das mutig und entschlossen an den Hörnern zu packen vorgibt. Nur: Wo ist das Problem und wie sieht die jetzt vorgegaukelte Lösung aus? Das Problem ist, dass Boulevardredaktionen und wissenschaftliche Mitarbeiter aus irgendwelchen grünen Abgeordnetenbüros sich im Rahmen von Serienanrufen bei Arztpraxen mal als privat mal als gesetzlich Krankenversicherte ausgeben und – oh Wunder – sehr unterschiedliche Wartezeiten genannt bekommen. Wird sich daran etwas ändern? Kein Stück. Denn das Gesetz schreibt ausdrücklich „medizinische Gründe“ als Kriterium zur Berechtigung auf schnelle Terminvergabe vor. Das heißt: Es muss bereits eine Überweisung durch einen Kassenarzt vorliegen.

Und jetzt ist spannend, wer in unserem System diese „medizinischen Gründe“ festlegt. Das wird nämlich im Bundesmantelverstrag geregelt, der – sieh’ mal an! – von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgehandelt wird. Glauben Sie ernsthaft, dass unter diesen Umständen auch nur ein einziger Patient von den teuer eingerichteten Terminservicestellen der KV in eines der umliegenden Krankenhäuser überwiesen wird...? Egal – Hauptsache die Leser der BILD-Zeitung auf der Galerie glauben es.

Anderes Beispiel Entlassmanagement: Gibt es längst, hat aber – zugegeben – nicht immer optimal funktioniert. Dass aber mit dem VSG alles besser wird, steht kaum zu erwarten. Denn so schön es sich anhört, dass das Krankenhaus jetzt für 7 Tage Arznei- sowie Verbands- und Hilfsmittel verordnen darf – auch hier steckt der Pferdefuß im Kleingedruckten. Verordnet werden dürfen nämlich jeweils nur die kleinsten Packungen. Ach, und die sollen dann 7 Tage reichen? Außerdem wage ich zu bezweifeln, dass diese Kleinstmengen von Apothekern und Sanitätshäusern ständig vorrätig gehalten werden. Und was dann? Auch dazu schweigt das Gesetz sich vornehm aus...
„Mundus vult decipi“, sagen die Lateiner dazu: Die Welt will betrogen werden. Daran hat sich offensichtlich seit 2000 Jahren nichts geändert.

Es grüßt Sie herzlich aus dem Parkett

Ihr Hans-Fred Weiser

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

118 **Gesundheitspolitik für die Galerie**

Titel

GKV-VSG auf der Zielgeraden
Gerd Norden
121 · Die aus VLK-Sicht wichtigsten Bestimmungen des Regierungsentwurfs
124 · Stellungnahme des VLK
128 · Die Willkür der Fraktionen

Mitten im Leben

130 **Gesundheitsversorgung für leitende Krankenhausärzte im Ruhestand:**
Prof. Dr. Dietrich Paravicini

131 **Gesundheitsversorgung für leitende Krankenhausärzte im Ruhestand**
Marcus H. Rexfort

Übrigens…

137 **Leiten, nicht leiden**
Dr. Jürgen Brenner

Recht

140 **Probezeitvereinbarungen für Zusatzaufgaben**
RA Norbert H. Müller

142 **Haftung für Regressansprüche für Dienstaufgaben bei Tätigkeiten im MVZ**
RA Norbert H. Müller

Neue Service-Angebote für VLK-Mitglieder

144 **Beantwortung Ihrer Fachfragen durch qualifizierte Experten**

144 **MeinAuto.de Vorteilsclub**

Rubriken

VLK intern
145 VLK-Zukunftspreis 2015
146 Treffen der Landesverbände des mitteldeutschen VLK-Verbundes
Dr. Frank Lange
147 VLK-Workshop

120 **Personen und Hintergründe**
150 **Agenda**
136 **Impressum**

Verschlechterung statt Versorgungsstärkung?
Viele der im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen vermitteln den Eindruck, dass die angestrebte Versorgungsstärkung durch überzogenen Bürokratismus und die offenkundig angestrebte „Definitions-Hoheit" des G-BA ins Gegenteil verkehrt zu werden droht.

Foto: © fotomek/fotolia.com

121

Kritik unterwünscht?
Die Auswahl der Institutionen, die zur öffentlichen Anhörung zum VSG im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eingeladen wurden, steht im Ermessen der Fraktionen. Es drängt sich der Eindruck auf, dass kritische Stimmen das Auswahlverfahren nicht überstanden haben.

Foto: © biobbotronic/fotolia.com

128

Kostenvergleiche nie ohne Leistungsspektrum anstellen
Die akribische Überprüfung einer Vielzahl möglicher Gestaltungsoptionen und Tarifoptimierungen bei den meist privatversicherten VLK-Mitgliedern ist nötig, um das günstige Angebot für die Gesundheitsversorgung auszuwählen. Dabei sollte stets auch das Leistungsspektrum beachtet werden.

Foto: © Kalle Kolodziej/fotolia.com

131

24-Stunden-Service
Ein neues Portal bietet die Möglichkeit, innerhalb von 24 Stunden qualifizierte Antworten auf Ihre individuellen Fragen aus dem Klinikalltag zu erhalten. Der VLK bietet seinen Mitgliedern die Möglichkeit, dieses Angebot zeitlich befristet zu testen.

144

Erster Extremkostenbericht liegt vor

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstmalig für das Jahr 2015 einen Extremkostenbericht veröffentlicht. Der ab jetzt jährlich vom InEK publizierte Bericht soll systematisch prüfen, ob und wenn ja, in welchem Umfang Krankenhäuser mit extrem hohen bzw. extrem niedrigen Kosten im Vergleich zu den erzielten Erlösen konfrontiert werden. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben gemeinsam mit dem InEK methodische Kriterien entwickelt, nach denen für jede Fallpauschale nach einem festen Regelwerk diese Fälle identifiziert werden können.

Der erstmals für das Jahr 2015 veröffentlichte Bericht stellt die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von sogenannten Kostenausreißerfällen sowie die Analyseergebnisse vor. Im Rahmen der Analysen wurden gemäß den gesetzlichen Vorgaben über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern erhoben, um beispielsweise die Kosten der Intensivstation oder die Personalkosten im OP-Bereich sachgerechter zu erfassen. Um diese zusätzlichen Informationen zu erhalten, hat das InEK zusammen mit den an der Kalkulation beteiligten Krankenhäusern mehr als 70.000 Fälle analysiert.

Bevölkerungsumfrage zeigt Bedeutung der Hochschulambulanzen für die medizinische Versorgung

Eine repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts „infratest dimap“ im Auftrag des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) zeigt, dass dieses Versorgungsangebot, das es nur an Universitätsklinika gibt, eine hohe Relevanz hat. Die Ambulanzen an den Uniklinika sind in der Bevölkerung bekannt und geschätzt. Fast zwei Drittel aller Befragten kennen diese Einrichtungen. Fast jeder 5. Deutsche war bereits Patient in einer Hochschulambulanz und hat dort positive Erfahrungen gemacht.

„Diese Ergebnisse zeigen ganz deutlich, dass die Hochschulambulanzen aus der ambulanten Versorgung in Deutschland nicht mehr wegzudenken sind. Dies muss jetzt auch im aktuellen Gesetzgebungsprozess nachvollzogen werden: Der Versorgungauftrag der Hochschulambulanzen muss gestärkt werden“, zieht Prof. Michael Albrecht, Vorsitzender des VUD, Bilanz aus den Umfrageergebnissen.

Prof. Michael Albrecht

Drei Viertel der Deutschen gegen Zeitumstellung

Der Widerstand gegen die Zeitumstellung wächst: 73% der Menschen in Deutschland halten sie für überflüssig und finden, dass sie abgeschafft werden sollte. Das ist das Ergebnis einer aktuellen und repräsentativen Umfrage der DAK-Gesundheit. Im Vergleich zu 2013 bedeutet dies einen Anstieg um 3%-Punkte. Drei von zehn Befragten hatten in Folge der Zeitumstellung schon einmal Probleme. Im vergangenen Jahr waren die Auswirkungen auch in Unternehmen und Betrieben spürbar: Laut DAK-Statistik gingen an den 3 Tagen nach der Umstellung 15% mehr Krankmeldungen ein als an vergleichbaren Werktagen.

Gröhe präsentiert 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger

Der Bundesminister für Gesundheit hat am 23. März 2015 einen 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger vorstellt. Folgende Maßnahmen sind darin vorgesehen:

1. Ausbreitung multiresistenter Erreger verhindern.
2. Hygienestandards in allen Einrichtungen weiter ausbauen.
3. Bessere Informationen zur Hygienequalität in Krankenhäusern.
4. Meldepflichten zur Früherkennung resistenter Erreger verschärfen.
5. Verpflichtende Fortbildung des medizinischen Personals.
6. Versorgungsforschung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen verbessern.
7. Aktualisierung der deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie.
8. Forschung und Entwicklung neuer Antibiotika ermöglichen.
9. Deutsche globale Gesundheitspolitik zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen nutzen.
10. Antibiotika-Resistenzen durch Kooperation der G7 bekämpfen.

Hermann Gröhe

Gerd Norden

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auf der Zielgeraden

Foto: © fotomek/fotolia.com

Die Bundesregierung hat Mitte Januar 2015 den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV VSG) veröffentlicht. Der Gesetzentwurf wird am 21./22.05. in 2. und 3. Lesung im Deutschen Bundestag beraten. Am 12.06.2015 folgt die abschließende Beratung im Bundesrat.

Das Gesetz zielt darauf ab,

- auch künftig eine flächendekkende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen,
- Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu flexibilisieren und zu verbessern,
- den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen,
- Innovationen in der Versorgung und die Versorgungsforschung durch die Schaffung eines dafür vorgesehenen Fonds verstärkt zu fördern,
- Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern,
- den Gestaltungsspielraum der Krankenkassen insbesondere bei Abschluss von Verträgen im Wettbewerb zu vergrößern,
- die Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse zu stärken.

Aus Sicht des VLK tangieren insbesondere 9 in diesem Gesetzentwurf enthaltene Regelungen die Interessen der Krankenhäuser und der leitenden Krankenhausärzte. Diese Regelungen zielen ab auf entsprechende Ergänzungen oder Änderungen im SGB V. Sie sind nachfolgend im Wortlaut wiedergegeben:

§ 27 b, Zweitmeinung

1. Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweit-

meinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Abs. 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

2. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 für welche planbaren Eingriffe nach Abs. 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt, soweit erforderlich, eingriffsbezogen Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und an die Leistungserbringer nach Abs. 3 fest, die für die Abgabe einer Zweitmeinung geeignet sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Festlegung nach den Sätzen 1 und 2 erstmals bis zum 31. Dezember 2015. Zusätzliche Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen aufgrund von Satzungsbestimmungen müssen die Anforderungen nach Satz 2 erfüllen, die der gemeinsame Bundesausschuss für eine Indikation festgelegt hat.

3. Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

   1. Zugelassene Ärzte,
   2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
   3. ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie
   4. zugelassene Krankenhäuser,

   soweit sie die Anforderungen nach Abs. 2 Satz 2 erfüllen.

4. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom G-BA nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.

5. Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen.

§ 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement)

1a Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Abs. 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechtes nach Satz 5… .

§ 75, 1a (Termin-Servicestellen)

1a Der Sicherstellungsauftrag nach Abs. 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum ……..Termin-Servicestellen einzurichten; die Termin-Servicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. Die Termin-Servicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Facharzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf 4 Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Termin-Servicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem

zugelassenen Krankenhaus anzubieten; die Sätze 3 - 5 gelten entsprechend. Satz 6 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 7 hat die Termin-Servicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 sind bis zum ……insbesondere Regelungen zu treffen

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,
2. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,
3. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 7,
4. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Abs. 1a Satz 2… .

§ 75, 1b SGB V (Notfallversorgung)

1b Der Sicherstellungsauftrag nach Abs. 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung für die sprechstundenfreie Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil… .

§ 92 a SGB V (Innovationsfonds)

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit.

Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Landeskrankenhausgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, Pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und Patientenorganisationen nach § 140 f sein. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

§ 95 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

In Abs. 1 wird in Satz 2 das Wort „fachübergreifend“ gestrichen.

Die folgenden Sätze werden an Absatz 1a angehängt:

Kommunen können medizinische Versorgungszentren auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebes gründen. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Abs. 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

§ 116 b SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

- In § 116 b Abs. 2 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

  „Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet.“

- In Abs. 8 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

  „Das Land keine eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung nur aufheben, wenn das Krankenhaus nicht mehr gemäß § 116 b Abs. 2 Satz 2 in der am 31. Dezember 2011 geltenden Fassung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus geeignet ist.“

Gerd Norden

Stellungnahme des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK)

zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungstärkungsgesetz - GKV- VSG)

Allgemeines

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung verfolgt unter anderem die Ziele, auch künftig eine flächendeckende, gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen und den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zu dieser Versorgung zu verschaffen.

Viele dieser Maßnahmen, die der Gesetzentwurf zur Erreichung dieser Ziele vorsieht, sind im Kern ihrer Stoßrichtung aus Sicht des VLK zu begrüßen. Allerdings vermitteln die zu diesen Kernaussagen im Gesetzentwurf enthaltenen Detailregelungen vielfach den Eindruck, dass die angestrebte Versorgungsstärkung durch überzogenen Bürokratismus und die offenkundig angestrebte „Definitions-Hoheit“ des Gemeinsamen Bundesausschusses ins Gegenteil verkehrt zu werden droht.

Der VLK plädiert aus diesem Grunde für die Rücknahme ausufernder Konditional-Bestimmungen einzelner Gesetzesregelungen zugunsten einer unkomplizierten aber effektiven Stärkung der Patientenversorgung im angestrebten Sinne.

Zu den einzelnen Vorschriften

Zu Artikel 1 Nr. 7: § 27 b SGB V

Zweitmeinung

Der Gesetzentwurf billigt den Versicherten, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, den Anspruch auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu. Der G-BA soll bestimmen, für welche planbaren Eingriffe dieser Anspruch besteht. Er soll darüber hinaus festlegen, welche eingriffsbezogenen Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und an diejenigen Personen oder Institutionen zu stellen sind, die zur Abgabe einer Zweitmeinung geeignet sind.

Bewertung:

Der VLK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung für die Versicherten, weist aber daraufhin, dass in der Realität die Einholung der ärztlichen Zweitmeinung gängige Praxis bei den Patienten ist, die sich vor dem Hintergrund eines empfohlenen schweren Eingriffs die Notwendigkeit dieser Maßnahmen fachlich bestätigen lassen wollen.

Dies wirkt der Verunsicherung des Patienten entgegen und muss auch in der Zukunft für die Versicherten immer dann möglich sein, wenn eine aus Sicht des Patienten schwierige medizinische Entscheidung ansteht. Eine vor dem Hintergrund vermeintlicher Indikationsbeugungen erfolgte Kopplung dieses Anspruchs an einen Katalog definierter Leistungen ist deshalb nicht sachgerecht, unterstellt den Leistungserbringern primär ökonomische Motivation und führt in der Summe zu einer gefühlten Verschlechterung der Patientenversorgung gegenüber dem Status quo.

Auch die im Gesetzentwurf vorgesehene „Ermächtigung“ des G-BA, Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und an die Leistungserbringer zu definieren, wird vom VLK als nicht sachgerecht bewertet: Die

hierunter zu subsumierenden Qualifikationsanforderungen an die Ärzte darf nicht vom G-BA vorgenommen werden, sondern obliegt der originären Zuständigkeit der Ärztekammern.

Wenn also der Anspruch des Gesetzes, zu einer Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten beizutragen, ernstzunehmen ist, dann sollte nach Einschätzung des VLK die Kernvorschrift des § 27 b SGB V auf folgenden Satz beschränkt bleiben:

Versicherte haben einen Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen.

Zu Artikel 1 Nr. 9 b:
§ 39 Abs. 1 a SGB V

Entlassmanagement

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

Bewertung:

Aus VLK-Sicht macht diese vorgesehene Gesetzesvorschrift Sinn: Das Krankenhaus legt in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen fest und erhält ein erweitertes Recht zur Verordnung ambulanter Leistungen. Dies ist insbesondere bei Entlassungen zum Wochenende aus Sicht des Patienten eine notwendige und sachgerechte Maßnahme.

Allerdings wird dies im Hinblick auf die Arzneimittel-Verordnung sofort wieder eingeschränkt, da hierbei nur die jeweils kleinste Packung verordnet werden darf. Dies kann in der Realität durchaus zu Engpässen führen, wenn Kleinstpackungen, die nur von wenigen kleinen Herstellern angeboten werden, in öffentlichen Apotheken nicht kurzfristig verfügbar sind.

Der VLK empfiehlt deshalb, in der Gesetzesvorschrift die Verordnungsbeschränkung von Arzneimitteln auf die jeweils kleinste Packung zu streichen.

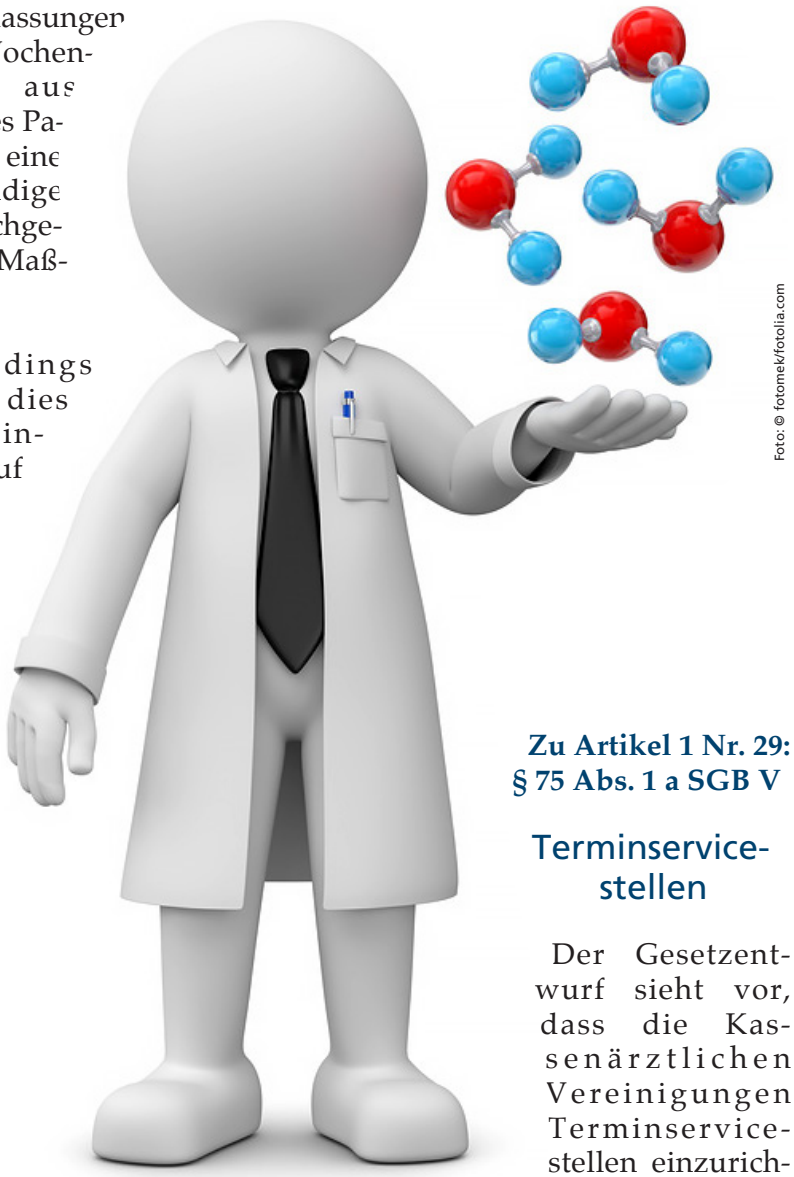


Foto: © fotomek/fotolia.com

Zu Artikel 1 Nr. 29:
§ 75 Abs. 1 a SGB V

Terminservicestellen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen einzurichten haben, die den Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln haben. Die Wartezeit auf diesen Behandlungstermin darf 4 Wochen nicht überschreiten. Kann die Terminservicestelle innerhalb dieser Frist keinen Behandlungstermin bei einem Facharzt vermitteln, muss die Terminservicestelle einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten.

Bewertung:

Auf den ersten Blick scheint diese Vorschrift geeignet,

ausufernde Wartezeiten für Facharztbehandlungen zu reduzieren.

Liest man aber das „Kleingedruckte“ im Gesetzestext, dann wird deutlich, dass ein zugelassenes Krankenhaus nur dann für einen ambulanten Facharzttermin anzubieten ist, wenn eine Behandlung innerhalb der 4 Wochenfrist aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Definition der Fälle, in denen kein medizinisch begründeter Fall vorliegt, soll im Bundesmantelvertrag erfolgen. Gemäß § 87 SGB V wird der Bundesmantelvertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart. Vor diesem Hintergrund erscheint es denkbar, dass die Definition der nichtmedizinisch begründeten Fälle, die also keinen Anspruch auf einen Facharzttermin im Krankenhaus haben, so ausfällt, dass der Kreis der Versicherten, die aus dem Dunstkreis der vertragsärztlichen Behandlung „ausreißen“ können, denkbar gering bleibt.

Der VLK plädiert deshalb dafür, die Sätze 7, 9 und 10 des § 75 1a im vorgesehenen Gesetzentwurf zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 29 b:
§ 75 Abs. 1 b SGB V

Ambulante Notfallversorgung

Der Gesetzentwurf belässt den Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese werden aber zur Kooperation mit den Krankenhäusern verpflichtet. Im Rahmen dieser Kooperationsvereinbarungen sind zugelassene Krankenhäuser zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Bewertung:

Mit dieser Gesetzesvorschrift wird der hohe Stellenwert der Krankenhäuser für die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung unterstrichen.

Unverständlich ist, dass in dem Gesetzentwurf keine sachgerechte Regelung über die Vergütung der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der ambulanten Notfallversorgung getroffen wird. Wie einem jüngst veröffentlichten Gutachten zu entnehmen ist, entstehen Krankenhäusern durch die Beteiligung an der ambulanten Notfallversorgung Defizite in einer Größenordnung von 1 Mrd. Euro jährlich.

Der VLK fordert aus diesem Grunde eine klare Regelung über die Refinanzierung der den Krankenhäusern durch die Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung entstehenden Kosten in voller Höhe.

Foto: © WoGi/fotolia.com

Zu Artikel 1 Nr. 40:
§ 92 a SGB V

Innovationsfonds

Mit der vorgesehenen Gesetzesvorschrift erhält der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, zu fördern. Die Gesetzesvorschrift definiert Förderkriterien und präzisiert den Kreis berechtigter Antragsteller und limitiert die

Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung in den Jahren 2016 - 2019 auf jeweils 300 Mio. Euro.

Bewertung:

Der VLK begrüßt die Einrichtung des geplanten Innovationsfonds. Allerdings darf nach Einschätzung des VLK der Kreis der berechtigten Antragsteller für eine Förderung aus diesem Innovationsfonds nicht limitiert werden, da auch aus Kreisen der nicht im Gesetzentwurf aufgezählten potentiellen Antragsteller durchaus förderfähige Forschungsvorschläge eingebracht werden könnten. Zudem ist nach Einschätzung des VLK die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass bei der Antragstellung für solche Fördermaßnahmen in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist, eher kontraproduktiv, weil durch diese einschränkende Vorschrift denkbar erscheint, dass ausschließlich solche Forschungsvorhaben beantragt werden, deren Zielsetzung primär die Einsparung von Kosten und nicht die Verbesserung der Versorgungsqualität ist.

Zu Artikel 1 Nr. 41 a und b:
§ 95 SGB V

Medizinische Versorgungszentren

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass künftig auch arztgruppengleiche medizinische Versorgungszentren gegründet werden können und dass Kommunen künftig medizinische Versorgungszentren auch in der Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebes gründen dürfen.

Bewertung:

Der VLK begrüßt diese vorgesehene Gesetzesvorschrift, da es sachgerecht erscheint, fachgruppengleiche MVZs zu etablieren. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, dass Kommunen die Möglichkeit erhalten sollen, MVZs in Rechtsformen zu gründen und zu betreiben, die nach dem kommunalen Recht leichter etabliert werden können. Damit wird den Kommunen die Möglichkeit eröffnet, aktiv die Gestaltung der medizinischen Versorgung in ihrer Region zu beeinflussen und zu verbessern.

Zu Artikel 1 Nr. 52 c:
§ 116 b Abs. 8 SGB V

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Der Gesetzentwurf sieht einen dauerhaften Bestandschutz für Krankenhäuser vor, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung nach § 116 b SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung teilnehmen.

Bewertung:

Der VLK begrüßt ausdrücklich diese im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, da sie einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Patientenversorgung darstellt.

Zu Artikel 1 Nr. 53 a:
§ 117 SGB V

Hochschulambulanzen

Hochschulambulanzen werden nach dem Gesetzentwurf zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten für solche Personen ermächtigt, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen.

Bewertung:

Die vorgesehene Regelung hört sich zunächst positiv an. Allerdings ist auch hier bedauerlicherweise eine Relativierung vorgesehen, die die zunächst vorgesehene positive Versorgungsstärkung der Patienten wieder einschränkt: Die Partner der Selbstverwaltung sollen die Gruppe derjenigen Patienten definieren, die einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Eine durch dreiseitigen Vertrag auf Bundesebene definierte Zielgruppe, die in den Genuss der angedachten ambulanten ärztlichen Behandlung in Hochschulambulanzen gelangen darf, ist zu abstrakt und wird den individuellen Versorgungsschwerpunkten und -möglichkeiten der Hochschulambulanzen vor Ort nicht gerecht.

Zu Artikel 1 Nr. 64 b:
§ 137 c Abs. 3 SGB V

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Nach dem Gesetzesentwurf dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt.

Bewertung:

Der VLK begrüßt diese Klarstellung, da damit sicherstellt wird, dass bis zum Vorliegen einer abschließenden Entscheidung des G-BA Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus angewendet können, damit sie zur Versorgung der typischerweise schwererkrankten Versicherten mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen weiterhin zur Verfügung stehen.

Gerd Norden

Die Willkür der Fraktionen

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-VSG lag vor. Die Stellungnahme des VLK hierzu war fertiggestellt. Die Einladung zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages erfolgte am 16. März für den 25. März 2015.

Die Liste der eingeladenen Verbände umfasste 43 Anschriften. Der VLK war nicht dabei. Auch der Marburger Bund fehlte. Ebenso der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands.

Die Nachfrage bei den gesundheitspolitischen Gesprächspartnern des VLK, gekoppelt mit der Bitte um Nachbenennung des VLK, brachten den Hinweis, dass der für die Anhörung ausgewählte – im Hinblick auf die Vielzahl nichtberücksichtigter Verbände offensichtlich viel zu klein bemessene – Saal vom Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit ausgewählt und die Auswahl der zur Anhörung eingeladenen Verbände durch die Fraktionen erfolgt sei. Eine zusätzliche Einladung des VLK (und auch anderer Verbände) war offensichtlich nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund hat der VLK mit der nachfolgend abgedruckten E-Mail vom 18.03. die Vorsitzenden der im Deutschen Bundestag vertretenden Fraktionen - Volker Kauder, Thomas Oppermann, Gregor Gysi und Anton Hofreiter – um die Beantwortung von vier konkreten Fragen gebeten, die sich mit dem Einladungsprozedere für öffentliche Anhörungen befassen.

„Sehr geehrter Herr Kauder,

ich wende mich heute mit einer organisatorischen Frage an Sie in Ihrer Eigenschaft als Vorsitzender des Geschäftsführenden Vorstandes der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages, da nach den mir erteilten Auskünften der von mir angesprochene Sachverhalt von den Fraktionen geregelt wird.

Es geht um den Einladekreis der sachverständigen Institutionen und Verbände zu den öffentlichen Anhörungen der Bundestagsausschüsse zu bestimmten Gesetzentwürfen. Konkret handelt es sich bei meiner Anfrage um den Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Versorgungsstärkungsgesetz. Diese Anhörung ist für den 25. März 2015, 15.30 Uhr - 18.30 Uhr vorgesehen.

Die mir vorliegende Einladungsliste der sachverständigen Institutionen und Verbände zu dieser öffentlichen Anhörung umfasst 43 Adressen. Nach meiner Einschätzung fehlen hier kompetente Verbände, die ohne Zweifel wesentliche Beiträge in der öffentlichen Anhörung zu dem vorgelegten Gesetzentwurf der Bundesregierung leisten würden. Allein die öffentliche Liste der beim Deutschen Bundestag registrierten Verbände umfasst unter den Stichworten „Gesundheit“, „Krankenhaus“ und „Krankenkassen“ 123 Adressen. Hieraus folgt, dass zu der öffentlichen Anhörung nur etwa ein Drittel der sachverständigen Institutionen eingeladen worden sind.

Auf meine Nachfrage wurde mir von der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag erläutert, dass der für die öffentliche Anhörung vorgesehene Sitzungsraum nur eine bestimmte Anzahl von Sitzplätzen umfasse und von daher die Fraktionen eine Selektion der einzuladenden Institutionen und Verbände in Eigenregie vornehmen. Als Kriterium dafür dient offensichtlich die Einschätzung der Fraktionen über den Grad der Betroffenheit der registrierten Verbände durch den in Frage stehenden Gesetzentwurf.

In diesem Zusammenhang stellten sich für mich folgende Fragen:

1. *Ist der Anspruch einer öffentlichen Anhörung gewahrt, wenn ein großer Kreis thematisch involvierter Institutionen und Verbände zu dieser Anhörung erst gar nicht eingeladen wird?*
2. *Wer wählt den für eine öffentliche Anhörung vorgesehenen Sitzungssaal aus und nach welchen Kriterien bemisst sich die ausgewählte Kapazität dieses Raumes?*
3. *Wer trifft die Auswahl der einzelnen Verbände und Institutionen aus der Grundgesamtheit der thematisch involvierten sachverständigen Verbände und Institutionen, die in der öffentlichen Liste über die beim Deutschen Bundestag registrierten Verbände enthalten sind?*
4. *Nach welchen Kriterien erfolgt diese Auswahl?*

Sehr geehrter Herr Kauder, ich wäre Ihnen für eine zeitnahe Beantwortung meiner Fragen dankbar, da ich hierüber gerne eine Publikation in unserer Verbandszeitschrift verfassen möchte.“

Die angeschriebenen Adressaten dieser E-Mail haben – wenn auch teilweise erst nach erfolgter Nachmahnung – geantwortet. Der Tenor der Antworten lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Auswahl der Anhörungspersonen steht grundsätzlich im freien Ermessen der im Ausschuss vertretenen Fraktionen.
- Die Durchführung der Anhörung unterliegt organisatorischen Sachzwängen (wie z. B. räumlichen Kapazitäten), die in der Regel eine Beschränkung der Zahl der Sachverständigen erforderlich machen.
- Die zeitliche Dauer einer Anhörung gibt – trotz vorgegebener Redezeitbegrenzung – Anlass für die Begrenzung der Zahl der Anzuhörenden.
- Bei vorzunehmender Begrenzung der Zahl der Anzuhörenden gilt generell das Prinzip der Benennung durch die Fraktionen entsprechend ihrem Stärkeverhältnis.

Hieraus darf man getrost folgende Schlussfolgerung ziehen:

1. Die Anzahl der zu einer Anhörung insgesamt einzuladenden Institutionen und Verbände richtet sich nach der Größe des für diesen Anlass reservierten Raumes. Dessen Größe wird vom Sekretariat des Ausschusses, der die Anhörung durchführt, nach eigenem Ermessen festgelegt.

2. Von der durch die Raumkapazität vorgegebenen Anzahl möglicher Anhörungsteilnehmer insgesamt, dürfen die Fraktionen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Stärke ein entsprechendes Quorum von Sachverständigen einladen. Können also insgesamt 50 Teilnehmer platziert werden, dürfen die Koalitionsfraktionen hierzu – da sie knapp 80% der Abgeordneten stellen – 40 Teilnehmer, die beiden Oppositionsfraktionen insgesamt 10 Teilnehmer benennen.

3. Da fachbezogen weitaus mehr themeninvolvierte Verbände auf der „Lobbyliste“ des Deutschen Bundestages enthalten als Teilnehmerplätze im Sitzungsraum vorhanden sind, entscheiden die Fraktionen „nach inhaltlichen Gesichtspunkten“ (wie es in der Antwort der SPD-Fraktion heißt) über den Einladekreis. Auf gut deutsch: Es darf vermutet werden, dass die Selektion der Anzuhörenden durch die Fraktionen im umgekehrt proportionalen Verhältnis zu der von ihnen zu erwartenden Kritik steht.

4. Da das „Stärkeverhältnis“ der Koalitionsfraktionen nahezu monopolartig ausfällt, mutieren Anhörungen zu Gesetzesvorhaben vom eigentlich erwünschten Forum konstruktiv-kritischer Diskussionen zu störungsfreien Harmoniekundgebungen.

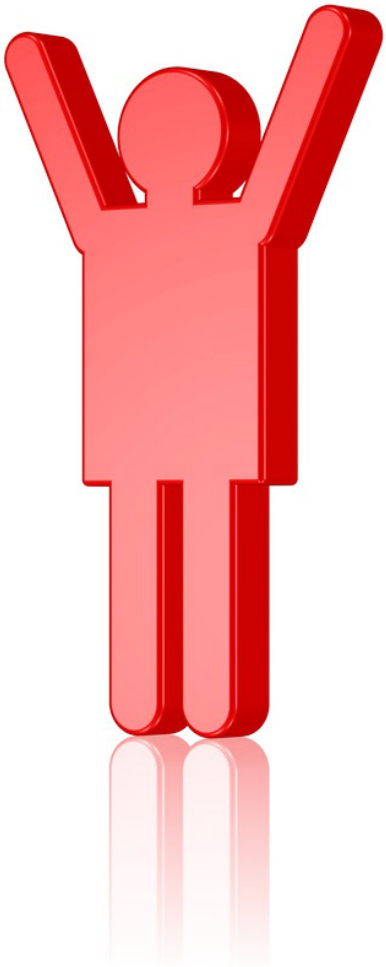


Foto: © blobbotronic/fotolia.com

Prof. Dr. Dietrich Paravicini

Gesundheitsversorgung für leitende Krankenhausärzte im Ruhestand

Sicher ist es kein Geheimnis, dass die weit überwiegende Zahl der Krankenhausärztinnen und –ärzte in leitenden Positionen in einer privaten Krankenversicherung (PKV) gegen das Risiko Krankheit (ambulant, stationär, Zahn) versichert sind. Leider steigen – schon seit vielen Jahren – die jährlichen Prämien, die im Alter vom Versicherungsnehmer alleine aufzubringen sind, immer um den Anteil, um den die Behandlungskosten im Vergleich zum Vorjahr für die PKVen gestiegen sind. Da hat es in der Vergangenheit bisweilen sogar zweistellige Zuwachsraten gegeben!

Für leitende Krankenhausärztinnen und-ärzte im Ruhestand können unzumutbare Belastungen entstehen, wenn der monatliche Beitrag zur PKV 1.000 und mehr Euro beträgt. Um dieser nach oben unendlichen Spirale ein Ende zu machen, vereinbaren viele Kolleginnen und Kollegen mit ihrer PKV eine höhere Selbstbeteiligung oder geringere prozentuale Kostenerstattung in den einzelnen Tarifen. Das kann gut gehen, wenn sich der „Krankheitsgrad“ in Grenzen hält, die Belastungen können exorbitant ansteigen, wenn im Alter eine kostenaufwändige Behandlung erforderlich wird.

Gerne bieten die PKVen den Neueinsteigern günstige Tarife an und binden sie damit in frühen Jahren an sich. Diese Tarife sind möglicherweise gegenüber den Alttarifen mit einer geringeren Kostenerstattung verbunden, dafür sind die aufzuwendenden Prämien teilweise deutlich niedriger als entsprechende Alttarife. Bemerkenswert ist vor allem, dass sich die PKVen in aller Regel nicht bei ihren Altversicherten melden und ein Umsteigen auf diese – günstigeren! – Tarife anbieten, sondern sie freuen sich über den hohen Bestand an Alttarif-Versicherten, mit denen wahrscheinlich ein gutes Geschäft gemacht wird! Wenn der Altversicherte sich nicht selbst bei seiner PKV meldet und einen günstigeren Tarif einfordert, tut sich da gar nichts!

Dem entsprechend habe ich mit meinem mir seit vielen Jahren bekannten Versicherungsvertreter besprochen, wie ich einem weiteren Anstieg der von mir für meine Frau und mich zu zahlenden Prämien begegnen könnte. Nachdem ich einige Optionen dargestellt hatte, informierte er mich schließlich über die Möglichkeit, anstelle getrennter Tarife für ambulante, stationäre und Zahn-Behandlung in einen Voll-Krankheitskostentarif umzusteigen, der diese drei bisherigen Tarife ersetzt. Für mich ergibt sich daraus folgender Vorteil:

1. Ich habe für meine Frau und mich in dem neuen Tarif eine höhere Leistungszusage, da die bisher geltende Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln von bis zu 800 EUR pro Jahr entfällt.
2. Die monatlichen Prämien reduzieren sich für meine Frau und mich um über 150 EUR pro Monat. Durch Umstellung auf jährliche Prämienzahlung (Minderkosten der Prämie 4 %) und eine nur 80%ige Kostenerstattung bei ambulanter Behandlung bis zum Eigenanteil von maximal 1.000 EUR pro Jahr kann ich die monatliche Prämie sogar um mehr als 300 EUR absenken.

Einziger Nachteil dieses neuen Kompakttarifs ist die Tatsache, dass bei ambulanter Behandlung maximal der Regelsatz der GOÄ (2,3fach bzw. 1,8fach) erstattet wird, bei stationärer und Zahn-Behandlung gelten die Vorgaben der GOÄ (bis maximal 3,5fach bzw. 2,5fach).

Sinn meiner Ausführungen soll es sein, den im Ruhestand befindlichen leitenden Krankenhausärztinnen und -ärzten eine Möglichkeit zu bieten, bei einer angepassten Krankenversicherung den Lebensabend trotz eingeschränkt verfügbarer Budgets so richtig genießen zu können!

Anschrift des Autors:
Prof. Dr. Dietrich Paravicini
Mitglied des VLK-Präsidiums
Sparrenstraße 1, 33602 Bielefeld

Marcus H. Rexfort

Gesundheitsversorgung für Leitende Krankenhausärzte im Ruhestand

Die im vorstehenden Artikel aufgezeigte Problematik hoher Krankenversicherungsbeiträge für Ruheständler betrifft sicherlich eine große Anzahl ehemaliger Leitender Krankenhausärzte. Fakt ist, dass sich mit Eintritt in den Ruhestand in der Regel das monatliche Einkommen deutlich reduziert. Auf der Ausgabenseite bilden die Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung gerade im Rentenalter eine spürbare Aufwandsposition, die einen erheblichen Anteil des monatlichen Einkommens binden. Dies führt zu der grundsätzlichen Frage, in welchem der beiden Krankenversicherungssysteme ein Leitender Krankenhausarzt im Ruhestand besser aufgehoben ist.

Zur Klärung dieser Frage ist es erforderlich, eine Vielzahl möglicher Gestaltungsoptionen und Tarifoptimierungen bei den meist privat versicherten VLK-Mitgliedern zu überprüfen. Dies hat im nachfolgenden Beitrag der Inhaber des Rheinischen Versicherungskontors, Marcus H. Rexfort, Initiator mehrerer Spezialtarife für VLK-Mitglieder, getan.

Die drei Krankenversicherungsformen im Alter

Marcus H. Rexfort: Es gibt drei verschiedene Formen der Krankenversicherung für leitende Krankenhausärzte im Alter. Diese sind:

- **Der GKV-pflichtversicherte Rentner.** Als solcher gilt, wer eine Rente der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) bezieht und mindestens 90 % der zweiten Hälfte seiner **Lebensarbeitszeit** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert gewesen ist (9/10-tel Belegung).
- **Der freiwillig GKV-versicherte Rentner** bezieht keine Rente aus der (GRV) oder/und erfüllt nicht die 9/10-tel Belegung.
- **Der PKV-versicherte Rentner.** Dieser gestaltet eigenständig seine private Krankenkostenvollversicherung.

In der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) wird im Rentenbezug zwischen pflicht- und freiwillig versicherten Mitgliedern unterschieden. Wer als Rentner keine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversi-

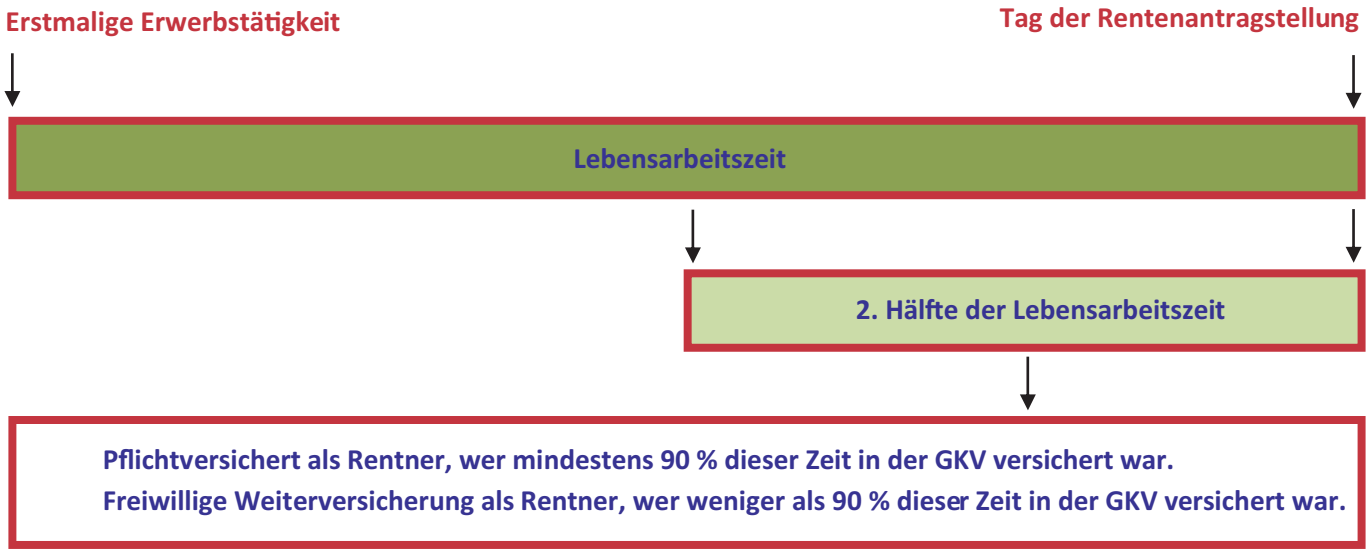
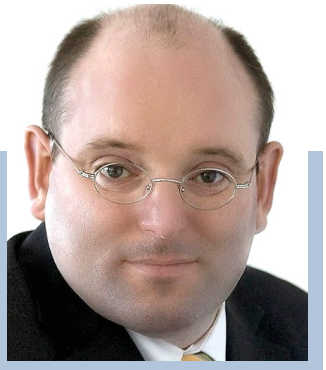


Abbildung 1



Marcus H. Rexfort

cherung (GRV) bezieht, wird in der gesetzlichen Krankenkasse automatisch zum freiwillig versicherten Mitglied. Dies wird für den größten Teil der GKV-Versicherten VLK-Mitglieder zutreffen. Jene bezahlen auf alle Einkunftsarten ihren Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeitrag. Die Privatversicherten zahlen ihren individuellen Tarifbeitrag.

Besteht neben den Versorgungswerkleistungen auch ein Anspruch aus der GRV wird tagesgenau geprüft, ob der Versicherte in der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens mindestens zu 90 % in der GKV versichert war. Das Mitglied wird freiwillig weiterversichert, wenn es weniger als 90 % dieser Zeit in der GKV versichert gewesen ist (9/10-tel Belegung – BVerfG vom 15.03.2000 – AZ: 1 Bvl 16/96 u.a.) (Vgl. Abb 1).

Was wird verbeitragt?

Der GKV-pflichtversicherte Rentner erhält eine Altersrente aus der GRV. Er zahlt derzeit auf seinen monatlichen Rentenbetrag für seine Krankenversicherung einen Beitragssatz von 15,5 % (inkl. Zusatzbeitrag) an seine Krankenkasse und 2,35 % (allg. Satz) Beitrag für die Pflegepflichtversicherung. Als Zuschuss zu seiner Krankenversicherung erhält er von der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) einen hälftigen monatlichen Zuschuss, der jedoch bis zur Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen gedeckelt ist.

Der als VLK-Mitglied freiwillig GKV-versicherte Rentner erhält in der Regel ausschließlich eine monatliche Rente von seinem ärztlichen Versorgungswerk. Diese und alle seine weiteren Einkunftsarten (Betriebsrente, Zinserträge, Mieteinnahmen, temporär auch Leistungen aus einer privaten Lebensversicherung, etc.) sind Bemessungsgrundlage für die von ihm an seine GKV-Krankenkasse monatlich zu zahlenden Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge.

Der PKV-versicherte Rentner wählt seinen Krankenversicherungstarif selbst. Eine Bemessungsgrundlage, an der sich sein Beitrag orientiert, existiert in diesem Fall nicht.

Verbeitragt werden folgende Einkünfte: vgl. Abb. 2.

Urteil Bundessozialgericht (BSG) für freiwillig Versicherte in der GKV

Leistungen aus einer privaten Lebens- oder Rentenversicherung werden verbeitragt. Der GKV-Spitzenverband hat für Kapitalleistungen in diesem Zusammenhang die 1/120stel-Regelung festgelegt. Es werden also 1/120stel einer Kapitalleistung im Monat bis zur Beitragsbemessungsgrenze 10 Jahre lang verbeitragt. Privat Krankenversicherte sind hiervon nicht betroffen. Diese Rechtsauffassung hat das BSG am 27.01.2010 bestätigt (Az.: B12 KR 28/08 R).

Krankenversicherung der Rentner (KvdR)

Wer aus der GRV eine Rentenleistung bezieht, erhält einen Zuschuss der Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Dieser bemisst sich nach dem Betrag der Rente. Für freiwillig in der GKV und für privat versicherte Rentner gilt, dass dieser Rentenbetrag mit dem allgemeinen Beitragssatz multipliziert wird. Um die Höhe des Zuschusses zu ermitteln, ist das so errechnete Ergebnis zu halbieren. Der Zuschuss ist jedoch bis zur Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen gedeckelt.

Zudem muss bei beiden Versicherungsformen (PKV bzw. freiwillige Versicherung in der GKV)

Versicherter	Verbeitragung von Einkünften: 15,5 % GKV inklusive Zusatzbeitrag 2,35 % allgemeiner Satz zur Pflegepflicht Versicherung				
GKV pflichtversicherter Rentner	Rentenleistung Versorgungswerk	Betriebsrente			
GKV freiwillig Versicherter Rentner	Rentenleistung Versorgungswerk	Betriebsrente	Zinserträge	Miete und Verpachtung	10 Jahre: 1/120stel von Privatrenten
PKV Versicherter	Individueller Versicherungsbeitrag				

Abbildung 2

KV (15,5 %) inkl. Zusatzbeitrag PV (2,35 %) allg. Satz max.: 602,25 € + 96,94 €	GKV Pflicht-versicherter Rentner	GKV Freiwillig versicherter Rentner	PKV Versicherter mit Zuschuss	PKV Versicherter ohne Zuschuss	Ihre persönliche Situation GKV oder PKV
Versorgungswerk	KV 387,50 €	KV 387,50 €	KV 700,-- €	KV 700,-- €	
2.500,- EUR	PV 57,75 €	PV 57,75 €	PV 50,-- €	PV 50,-- €	
Gesetzliche Rente	KV 38,75 €	0,-- €	0,-- €	0,-- €	
250,- EUR	PV 5,88 €	0,-- €	0,-- €	0,-- €	
Betriebsrente	KV 155,-- €	KV 155,-- €	0,-- €	0,-- €	
1.000,- EUR	PV 3,64 €	PV 3,64 €	0,-- €	0,-- €	
Zinserträge	0,- €	KV 77,50 €	0,-- €	0,-- €	
500,- EUR	0,- €	PV 11,75 €	0,-- €	0,-- €	
Mieteinnahmen	0,- €	KV 155,-- €	0,-- €	0,-- €	
1.000,- EUR	0,- €	PV 23,50 €	0,-- €	0,-- €	
Gesamtbeitrag (maximiert)	KV 581,25 €	KV 602,25 €	700,-- €	700,-- €	
Abzüglich Zuschuss KVdR	KV - 19,36 €	0,-- €	KV - 19,36 €	0,-- €	
Beitragsanteil Rentner	KV 561,89 €	KV 602,25 €	KV 680,64 €	KV 700,-- €	
	PV 67,27 €	PV 96,94 €	PV 50,-- €	PV 50,-- €	
Gesamtbeitrag KV + PV	629,16 €	699,19 €	730,64 €	750,-- €	

Abbildung 3

vom Versicherten ein Antrag auf den Zuschuss beim Rentenversicherungsträger gestellt werden. Bei der Pflichtversicherung in der KVdR ist ein solcher Antrag nicht notwendig, Hier muss vom Versicherten von vornherein nur der halbe allgemeine Beitragssatz von der Deutschen Rentenversicherung getragen werden.

Eine Beispielberechnung

Wir veranschaulichen dieses komplexe Konstrukt durch eine beispielhafte Berechnung (vgl. Abb. 3), welche die Leser in der freien Spalte eigenständig mit den für sie gültigen Werten ergänzen können.

Die steuerliche Betrachtung

Durch das Bürgerentlastungsgesetz sind Aufwendungen zur Gesundheits- und Pflegevorsorge seit 2010 steuerlich anrechenbar. Vertragsleistungen, die in Art und Umfang mit dem Basisschutzes der GKV vergleichbar sind, können bei den Vorsorgeaufwendungen steuerlich angesetzt werden. Ambulante Heilpraktikerleistungen, Chefarztbehandlungen, Einbettzimmer, implantologische und kieferorthopädische Leistungen führen zu einem Abzug des ansetzbaren Beitrages. Im Regelfall werden die PKV-Versicherten bei Einzeltarifen ca. 75% und bei Kompakttarifen rund 80% der gesamten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge steuermindernd ansetzten können. Dies wirkt sich in unserem Beispiel wie folgt aus: Vgl. Abb 4.

Ein Leistungsvergleich…

Zu einem Beitragsvergleich gehört selbstredend auch ein Leistungsvergleich, weshalb dem Personenkreis der GKV-Versicherten eine adäquate Zusatzversicherung zuzurechnen ist.

Entsprechend dem **Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V** müssen die Leistungen der GKV *„[…] ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“* Wer nicht nur zweckmäßig und kostengünstig, sondern bestmöglich behandelt werden möchte, muss also privat vorsorgen.

Je nach Eintrittsalter und Leistungsumfang variieren hier die Beiträge einer Zusatzversicherung. Ein 40-jähriger Arzt zahlt

Gesamtbeitrag KV + PV	629,16 €	699,19 €	730,64 €	750,-- €
Netto nach Steuern (pers. EKSt – 25 %)	(100 % vom Beitrag) ca. 470 €	(100 % vom Beitrag) ca. 525 €	(80 % vom Beitrag) ca.585 €	(80 % vom Beitrag) ca. 600,- €

Abbildung 4

bei Neuabschluss in 2015 für den VLK-Gruppenversicherungstarif „KAMP1“ (ambulante Zusatzversicherung mit 300,- € Selbstbeteiligung für Kunden, die in der GKV das Kostenerstattungsprinzip für ärztlichen Leistungen und ärztlich veranlasste Leistungen vereinbart haben) und „KGZ2“ (stationäre Zusatzversicherung mit Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer) der **DKV** insgesamt 182,95 €. Als 65-jähriger Neukunde wären 284,31 € aufzuwenden. Der Arzt wird so Privatpatient: Er bekommt vom behandelnden Arzt eine Rechnung, die er zunächst aus eigener Tasche begleicht. Den Rechnungsbetrag erstatten ihm im Anschluss seine GKV sowie die Zusatzversicherung – bis zu 100 Prozent.

…und Zwischenfazit

Hierdurch erhöhen sich die in Summe aufzuwenden Beiträge für die Gesundheitsvorsorge beim pflichtversicherten GKV Mitglied auf insgesamt ca. 700,- €. Es wird deutlich, dass weder die umlagefinanzierte gesetzliche Krankenkasse noch die private Krankenversicherung sich in diesem Beispiel bei der Beitragshöhe als Rentenbezieher deutlich unterscheiden.

Steueroptimierung bei Vorsorgeaufwendungen

Jedoch bieten sich dem PKV-Versicherten erhebliche Vorteile bei der Ausgestaltung seines steuerlichen Sonderausgabenabzugs sowie bei der zweckgebundenen Finanzierung (s. u.) seiner Krankenversicherung im Alter.

Steuern sparen durch erhöhten Sonderausgabenabzug bei Vorauszahlung von bis zu 2,5 PKV-Jahresbeiträgen (§ 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG).

Im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes können PKV-Beiträge in Höhe der GKV-Grundsicherung als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Im Normalfall ist damit der Höchstbetrag (1.900 € bei Angestellten / 2.800 € bei Selbstständigen) für andere Vorsorgeaufwendungen ausgeschöpft. **Das EkStG erlaubt jedoch bis zu 2,5 Jahresbeiträge in einem Jahr geltend zu machen.** Wer von dieser Option Gebrauch macht, kann in den Folgejahren o. g. Höchstbeträge der Sonderausgaben für andere Vorsorgeaufwendungen geltend machen. Einige PKV-Unternehmen gewähren hierbei bis zu 3 % Nachlass auf die Tarifprämie.

Wer bei einem KV-Monatsbeitrag in Höhe von 500,- € für das Folgejahr demzufolge 5.820,- € (statt 6.000 €) im Dezember an den Krankenversicherer überweist, erzielt im ersten Schritt ca. 180,- € Sondernachlass durch den Versicherer. Die im Folgejahr nunmehr absetzbaren Vorsorgeaufwendungen in Höhe von bis zu 1.900,- € bescheren im zweiten Schritt bei einem Spitzen-Einkommenssteuersatz eine Steuerrückerstattung in Höhe von ca. 800,- €. In Summe kann so jedes 2. Jahr eine zweistellige „KV-Sonderrendite“ erzielt werden. Dieses Geld kann wiederum zur Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge im Alter verwendet werden.

Steuerlich geförderter Sparvertrag

Beitragsentlastende Tarife dienen der Reduzierung des Krankenversicherungsbeitrages nach dem vollendeten 62. Lebensjahr und sind Bestandteil einer privaten KV. Da die privaten Krankenversicherer verpflichtet sind, die Kundengelder mit aktuell **mindestens 2,75% zu verzinsen**, ist diese Anlage wesentlich attraktiver als die klassische Rentenversicherung mit aktuell 1,25% Garantiezins. Im Kontext des Bürgerentlastungsgesetzes wurde bestimmt, dass Beiträge für Beitragsentlastungstarife in Höhe der gesetzlichen Basisleistungen bei **Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben** abgesetzt werden können. Zudem sind diese Tarife prinzipiell arbeitgeberzuschussfähig. Während klassische Rentenversicherungen nachgelagert oder zumindest mit dem Ertragsanteil besteuert werden, fließen dem Versicherten über diesen Sparvertrag die **Erträge steuerfrei** zu. Das gebildete Kapital kommt nicht zur Aus-

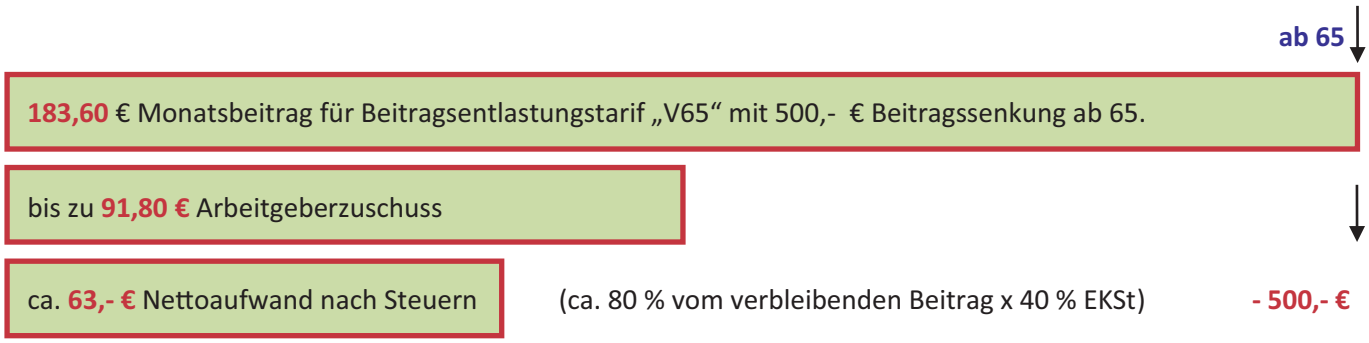


Abbildung 5

zahlung, sondern wird zweckgebunden zur Finanzierung der eigenen privaten Krankenversicherung verwendet.

Ein 40-jähriger angestellter Arzt zahlt bei Neuabschluss in 2015 für 500,- € monatliche Beitragsentlastung seiner KV ab dem 65. Lebensjahr im Tarif „V65“ der **DKV 183,60 €** Monatsbeitrag für eine KV im Unisextarif. Es wären lediglich **141,80 €** bei einer KV im Bisextarif. Der bisex kalkulierte Krankenversicherungstarif wird für die Mehrzahl der VLK Mitglieder vakant sein. Sollte der Arbeitgeberzuschuss noch nicht ausgeschöpft sein, beteiligt sich der Arbeitgeber mit 50 % an diesem Beitrag bis zum Höchstbeitragszuschuss in Höhe von aktuell insgesamt 301,13 €. Der verbleibende Eigenaufwand wird steuerlich gleich mit der originären KV behandelt.

Der Nettoeigenaufwand reduziert sich so deutlich: Je höher sich die persönliche Einkommensteuerbelastung darstellt, umso attraktiver wird die persönliche Rendite (vgl. Abb. 5).

Der **VLK-Gruppenversicherungsvertrag** mit der DKV bietet Ihnen als Mitglied (und ebenfalls Ihren Angehörigen) Zugang zum Beitragsentlastungstarif „V65“ zu einer bestehenden DKV-Vollversicherung- ohne Gesundheitsfragen (vgl. Abb. 6)!

Zwei Sparvarianten im Vergleich

Zwei steuerlich geförderte Sparvarianten im Vergleich (185 EUR Monatsbeitrag)

1.Variante Beitragsentlastungstarif (KV mit Unisextarif): Wenn ein 40-jähriger leitender Krankenhausarzt während seiner Erwerbstätigkeit eine persönliche Einkommenssteuerbelastung von 40 % trägt und sich diese ab Rentenbeginn auf 25 % reduziert, dann beträgt hier der Nettoaufwand bei Ausschöpfung eines Arbeitgeberzuschusses laufzeitbezogen bis zum vollendeten 87. Lebensjahr ca. 55.000 EUR. Würde der Arbeitgeberzuschuss zur PKV schon voll ausgeschöpft sein und dieser somit im Beitragsentlastungstarif nicht entlastend wirken, wären es ca. 75.000 EUR. Im Bezugszeitraum zwischen dem 65. und 87. Lebensjahr steht der Investition eine kumulierte und - ganz wichtig: garantierte - Beitragssenkung der PKV um ca. 132.000 EUR entgegen.

(KV mit Bisextarif): Würde der Beitragsentlastungstarif an einer KV im Bisextarif angefügt, reduziert sich bei gleichen Tarifleistungen der Monatsbeitrag von ca. 185,00 EUR auf ca. 140,00 EUR. Laufzeitbezogen reduziert sich in diesem Beispiel der Nettoaufwand ohne Arbeitgeberzuschuss auf ca. 60.000 EUR. Diesen Beitragsvorteil haben alle Versicherten, die vor dem 21.12.2012 einen Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen haben. Die Mehrzahl der VLK Mitglieder wird aktuell einen geschlechterspezifisch (bisex) kalkulierte Krankenversicherungsvertrag vorhalten.

2.Variante Rürup-Rente: Zahlt der 40-jährige Privatversicherte stattdessen monatlich 185 EUR in eine staatlich geförderte Basis (Rürup) Rente, erhält er bei einem guten Anbieter ab Rentenbeginn mit 67 eine garantierte Monatsrente in Höhe von ca. 200 EUR plus Überschuss – bestenfalls ca. 400 EUR. Durch die steuerliche Geltendmachung reduziert sich auch hier laufzeitbezogen der Gesamtaufwand auf durchschnittlich 95 EUR/Monat – kumuliert ca. 32.000 EUR. Da in diesem Beispiel die Rentenleistung zu 100 % der Besteuerung unterliegt, reduziert sich die garantierte Monatsrente auf ca. 150 EUR – mit Überschuss auf ca. 300 EUR. Bis zum vollendeten 87. Lebensjahr sind dies summiert garantiert 36.000 EUR bzw. mit Überschuss 72.000 EUR Rentenleistung.

		Der KV Tarif ist ein ... Bisextarif				... Unisextarife	
Geburts-Jahr	**Jahre**	V65 für Männer mit		V65 für Frauen mit		V65 mit	
		300 EUR	**500 EUR**	**300 EUR**	**500 EUR**	**300 EUR**	**500 EUR**
1980	**35**	68,46 €	114,10 €	73,44 €	122,40 €	90,90 €	150,37 €
1975	**40**	85,08 €	**141,80 €**	91,62 €	152,70 €	110,16 €	**183,60 €**
1970	**45**	106,68 €	177,80 €	114,90 €	191,50 €	134,46 €	224,10 €
1965	**50**	135,96 €	226,60 €	145,38 €	242,30 €	166,08 €	276,80 €
1960	**55**	176,70 €	294,50 €	186,12 €	310,20 €	208,02 €	346,70 €
1956	**59**	221,70 €	369,50 €	229,62 €	382,70 €	252,48 €	420,80 €

Abbildung 6

Das Höchsteintrittsalter beträgt 59 Jahre. Würde der Zugang auch noch mit 64 Jahren möglich sein und der Bruttobeitrag genauso hoch wie die Beitragsentlastung würde der Versicherte durch die steuerliche Anrechenbarkeit immer noch sparen.

Tarifoptimierung

Wer auf die eine oder/und andere Weise für die Finanzierung seiner privaten Krankenversicherung im Alter vorsorgt, sollte nicht in die Verlegenheit geraten, die Qualität seiner Gesundheitsvorsorge aus wirtschaftlichen Gründen gerade dann reduzieren zu müssen, wenn sie dringend benötigt wird- sei es durch höhere Selbstbeteiligungen, durch reduzierte Kostenerstattungssätze bei der GOÄ oder GOZ oder kompletten Entfall von wichtigen Leistungsbausteinen.

Die oftmals medienwirksam proklamierten Tarifoptimierungen, also der Wechsel in neue Produkte oder Tarife des eigenen privaten Versicherers, sollte an sich nur erfolgen, wenn unter dem Strich gleichwertige Leistungen erhalten bleiben. Es empfiehlt sich, einen auf diesen Bereich spezialisierten unabhängigen Versicherungsberater gegen Honorar zu beauftragen.

Fazit

1. Unter der Prämisse vergleichbarer Leistungen unterscheiden sich bei dem GKV-, oder privat Versicherten VLK Mitglied im Ruhestand die kumulierten Beiträge zur Gesundheitsvorsorge nicht wesentlich.

2. Privatversicherte VLK Mitglieder können durch die Vorauszahlung von bis zu 2,5 PKV-Jahresbeiträgen eine interessante „Krankenversicherung-Sonder-Rendite“ erzielen. Diese Option können GKV-Versicherte mit monatlichem Arbeitgeberzuschuss, welcher direkt an die Krankenkasse angewiesen wird nicht nutzen.

3. Durch die Wahl eines beitragsentlastenden Tarifs können die hierfür zu entrichtenden Beiträge ebenfalls als Sonderausgaben abgesetzt werden. Dies führt zu einer zusätzlichen „Steuer-Rendite.“ Zudem müssen die privaten Krankenversicherer die Kundengelder aktuell mit mind. 2,75% verzinsen. Die Leistungen in der Bezugsphase erfolgen unversteuert, da diese zweckgebunden an der Krankenversicherung gekoppelt sind.

4. Medienwirksam proklamierte Tarifoptimierungen sind sorgfältig zu prüfen. Sie sollten nur dann erfolgen, wenn unter dem Strich gleichwertige Leistungen erhalten bleiben. Dies ist zumeist nicht der Fall.

Eine Beitragsübersicht zu den Beitragsentlastungstarif „V65“ der DKV ist auf der Sonderseite unter www.rhvk.info/vlk eingestellt. Fragen hierzu beantwortet Ihnen der Autor dieses Beitrages.

Ihr persönlicher Ansprechpartner:
RhVk – Rheinisches Versicherungskontor e. K.
Marcus H. Rexfort
Josef-Schappe-Straße 21, 40882 Ratingen
Telefon: 02102-709077, Fax: 02102-709076
E-Mail: mail@rhvk.info, www.rhvk.info

Zum Autor:
Marcus H. Rexfort ist Inhaber des Rheinischen Versicherungskontors (www.rhvk.info) in Ratingen. Neben dem Verbandsgeschäft und der Mitgliederbetreuung beschäftigt sich sein Unternehmen mit der Versicherung von klinischen Studien www.medizinische-forschung.info. Seine Firma berät Auftragsforscher zu deren betrieblichen Risikoabsicherung.

Impressum

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

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

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

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

Dr. Jürgen Brenner

Leiten, nicht leiden

Eigentlich nur ein Buchstabe. Wenn es so einfach wäre?

Ein sehr erfolgreicher Chefarzt ist dem Verwaltungschef eines Nachbarklinikums ein Dorn im Auge.

Warum das?

Seitdem der Chefarzt dort im Amt ist, gehen im eigenen Hause die Zahlen zurück. Rot statt schwarz. Das kann er nicht länger mit ansehen, denn schließlich geht es auch um seine Existenz.

Der Verwaltungschef macht dem Chefarzt ein höchst lukratives Angebot und wirbt ihn ab. Der konnte dem finanziellen Angebot nicht widerstehen und nimmt an.

Übrigens, Gier ist als soziale Kompetenz nicht anerkannt.

Soweit so gut, oder auch nicht?

Jetzt kommt's. Dem Chefarzt wird noch während der Probezeit gekündigt. Eben noch erfolgreich, jetzt arbeitslos. Was nun?

In die alte Klinik kann er nicht zurück. Das wäre ein Gesichtsverlust.

Die Geschichte ist noch nicht zu Ende.

Der mit allen Wassern gewaschene Verwaltungschef macht dem verzweifelten Chefarzt nach der Kündigung ein neues Angebot, natürlich weit unter den Konditionen des ursprünglichen Vertrages.

Er akzeptiert und begibt sich in ein frustrierendes Abhängigkeitsverhältnis.

Vom Leitenden zum Leidenden.

Sie glauben das wäre eine erfundene Geschichte?

Weit gefehlt!

Ein Blick über den Tellerrand unserer Profession, nämlich in die Wirtschaft zeigt uns eine parallele Variante. Das Instrument der Beförderung. Unliebsame Mitarbeiter werden nicht entlassen – Sie wissen ja, Arbeitsgericht, Abfindung, zähe Verhandlungen und letztlich nur Ärger – nein, sie werden befördert. Man bietet ihnen einen Geschäftsführervertrag an, mit Superkonditionen: Hohes Grundgehalt, Aktienoptionen, Boni und regelmäßige Gehaltserhöhung, großer Geschäftswagen usw.. Die wenigsten sagen nein.

Geschäftsführer ist ja etwas.

Doch nun geschieht ein ähnliches Prozedere. Der Geschäftsführer unterschreibt einen Vertrag ohne Kündigungsschutz. Kündbar jederzeit, ohne Angabe von Gründen. Wenig später ist er weg.

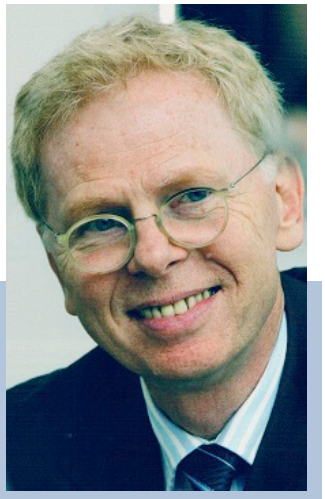
Jetzt kann man natürlich sagen, dumm gelaufen.

In beiden Fällen hätte man sich nicht darauf einlassen müssen.

Das ist richtig, denn zu einem Vertrag gehören immer zwei.

Jetzt mögen Sie sich fragen, was hat das mit der Überschrift dieses Artikels zu tun?

Gut, der eine oder andere mag solche Fälle kennen, doch mir passiert so etwas nicht!



Dr. Jürgen Brenner

Der Autor dieses Artikels ist nun fast 70 Jahre alt und hat die Zeiten in der Klinik erlebt, in denen die „Macht" des leitenden Arztes ungebrochen war. Der ärztliche Direktor war der Patriarch und alle waren ihm untergeordnet.

In den letzten 30 Jahren hat sich die Situation jedoch massiv verändert. Die Kompetenzen haben sich dramatisch verlagert.

Den Chefarzt von damals gibt es nicht mehr.

Der Leitende berichtet an die Geschäftsführung und wird in vielen Fällen zum Leidenden.

Feindbild Geschäftsführung.

Fairerweise muss man sagen, dass auch die Geschäftsführung ein Feindbild hat, häufig sind es die chirurgischen Chefs.

Wäre doch eine Studie wert, herauszufinden welche Fachrichtungen eher zurückhaltend, oder sollte man sagen, sozial-

kompatibler sind?

Verstehen wir uns nicht falsch, eine Meinung zu vertreten zeugt von hoher sozialer Kompetenz. Allerdings nur, wenn Zuhören und Verstehen die Grundlagen sind.

Es kann niemand behaupten, dass dabei die Patienten nicht auch zu den Leidtragenden gehören. Die empathische Kommunikation als Teil der heilenden Kraft eines Arztes bleibt häufig auf der Strecke. Der Patient steht im Mittelpunkt und da leider oft im Wege.

Jetzt können wir lange diskutieren, warum wir heute in einer solchen Situation sind. Immerhin ist es soweit gekommen, dass die Politik aktuell eine Qualitätsoffensive initiiert, die den Eindruck erweckt, wir hätten keine. Wobei es hier wichtig ist, zu definieren, was ist überhaupt Qualität? Wenn wir das nicht klar definieren, können wir auch nicht streiten.

Kommen wir zurück auf die Situation des leitenden Arztes – Sie merken, ich vermeide den Ausdruck „Chefarzt" – und versuchen zu beantworten, warum Entscheidungskompetenzen den Leitenden weitgehend entglitten ist.

So klagte neulich ein leitender Arzt eines konfessionellen Krankenhauses, nachdem ich ihm sagte,

„Na, das ist ja ein Haus, in dem es sicher Spaß macht zu arbeiten!",

„Das sieht nur nach Außen hin so aus, wir bekommen z.B. überhaupt keine Informationen darüber, wie unsere Abteilungen augenblicklich stehen. Budgeteinsicht gibt es nicht!

Und weiter sagte er,

„Die Kommunikation im Hause ist grottenschlecht und wir werden bewusst klein gehalten!"

Auf meine Frage, was denn seine Kolleginnen und Kollegen dazu sagen, kam die nächste deprimierende Antwort:

„Wenn Sie glauben, dass wir uns einig sind, täuschen Sie sich gewaltig. Viele machen einfach den Mund nicht auf. Einer hat gerade ein Haus gebaut und hat Angst um seine Position. Ein anderer hat noch Kinder in der Ausbildung. Ein weiterer Kollege ist 60 Jahre alt und schon länger an nichts mehr interessiert."

Ist das ein Einzelfall?

In einer Diskussion mit Chefärzten älterer Generation, die sich allesamt über vieles beklagten, hatte ich mir erlaubt zu sagen, dass sie für Ihre Situation selbst verantwortlich sind. Sie haben es zugelassen, dass sie sich und auch die nachfolgende Generation in einer schwierigen Lage befinden.

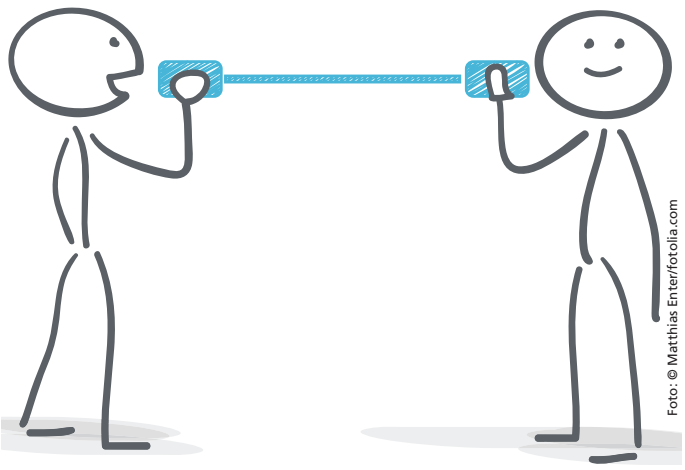


Foto: © Matthias Enter/fotolia.com

Klar ist, dass Krankenhäuser heute unternehmerische Risiken tragen müssen. Das Selbstkostendeckungsprinzip ist abgeschafft. Es braucht ohne Zweifel ökonomischen Sachverstand. Ob es soweit gehen muss wie Prof. Büchler in Heidelberg fordert, seine Ärzte müssten parallel zur ärztlichen Tätigkeit einen zusätzlichen MBA erwerben, ist diskussionswürdig.

Das kann auch einmal nach hinten losgehen, wenn dann diese Ärzte z.B. in die Wirtschaft abdriften.

Doch zurück zu uns selber. Zurück zu uns, weil nur wir in der Lage sind, uns selbst zu verändern. Bestimmte Situationen sind größtenteils Realitäten und Realitäten sind nicht veränderbar. Wir haben nur eine Chance, wir müssen uns verändern. Und verändern heißt nicht anpassen. Das sehen wir jeden Tag. Anpassen ist geringster Wiederstand und schmerzfrei, Veränderung bedeutet Schmerz. Also raus aus der Komfortzone.

Unterschreiben Sie nicht jeden Vertrag. Lassen Sie sich nicht auf Dinge ein, die Sie nicht verantworten können. Wer kann nicht über Zielvereinbarungen berichten, die nur ein Ziel beinhalten, nämlich das des Trägers und das bedeutet Gewinnmaximierung. Wenn ich mit Kollegen spreche, so fallen Begriffe wie EBITDA, von denen viele vor einiger Zeit noch nicht einmal wussten, was das ist. Wenn dann die Jahresendgespräche anstehen und die vorgegebenen und nicht erzielten Kennzahlen natürlich nicht erreicht wurden, ist nicht nur der Bonus weg, sondern auch die Motivation.

Das kann nicht gesund sein.

Was gilt es zu tun?

Es gibt kein Patentrezept, und es wird auch nicht so schnell möglich sein, Veränderungen umzusetzen. Doch wenn wir nicht jetzt damit anfangen, werden wir auch in den nächsten Jahren unzufriedene und demotivierte Leidende – Entschuldigung: Leitende – vorfinden.

Wie es anders geht, zeigen viele positive Beispiele, von denen ich eins herausnehmen möchte. Machen Sie sich die Mühe und schauen Sie einmal in die Homepage des Krankenhauses Reinbek, St. Adolf-Stift.
Und das können Sie vom kaufmännischen Leiter lernen:

Über seine Aufgabe schreibt er:
„Der dienende Gedanke steht im Mittelpunkt der Kaufmännischen Abteilung.
Ihre Mitarbeiter unterstützen alle Krankenhaus-Mitarbeiter mit direktem Patienten-Kontakt bei ihrer Arbeit kompetent und umfassend."

Der kaufmännische Direktor versteht sich als „Diener" seiner wertschöpfenden Krankenhausmitarbeiter. Keine Sprüche, sondern umgesetzt und gelebt.

Und das Team der Chefärzte ist ein TEAM.

Was kommt am Ende dabei heraus?

Die Patienten sind glücklich und empfehlen die Klinik weiter. Der Förderverein des Adolfstifts hat fast 650 Mitglieder und die Klinik schreibt seit Jahrzehnten schwarze Zahlen.

Eine vorzeigbare Klinikkultur als Basis für den wirtschaftlichen Erfolg.
Machen Sie den ultimativen Test für Ihre Klinik. Fahren Sie mit einem Taxifahrer an Ihrem Krankenhaus vorbei und fragen ihn, ob er die Klinik empfehlen kann. Falls nicht, läuft bei Ihnen etwas falsch.

Foto: © Kalim/fotolia.com

Dieser Artikel wäre nicht komplett und würde nichts bewegen, wenn es nicht gelänge, zumindest einen Gedanken zu vermitteln, welchen Sie für sich anwenden können.

Versuchen wir es.

Alles, was Sie in Ihren Kliniken erleben, ist zurückzuführen auf ein einziges Thema und das heißt: Kommunikation!

Nun wäre es wenig hilfreich Ihnen zu empfehlen: Kommunizieren Sie besser!

Das ebenso sinnlos wie jemandem vorzuschlagen: Sei spontan!

Ich möchte an dieser Stelle meinen Freund, den Schweizer Psychologen Eric Krauthammer zitieren, für den Kommunikation unser Leben bestimmt. Man muss Menschen mögen, ist für ihn dabei die Grundlage.

Effizient kommunizieren sagt er, heißt, die Situation des anderen verstehen. Um das zu erkennen, müssen wir Fragen stellen und zwar offene Fragen. Und jetzt kommt der entscheidende Schritt: Sie müssen zuhören. Zuhören bis Sie verstanden haben. Eine soziale Kompetenz, die nur wenige haben.

Wie wäre es denn, wenn Sie Zuhören bis zum Verstehen als Ihre Einzigartigkeit entwickeln und pflegen?

Also Leiten, nicht leiden.

Das ist freiwillig. Jetzt sind Sie dran!

P.S.: Um vor wichtigen beruflichen Veränderungen die Risiken und Nebenwirkungen auszuschließen, fragen Sie Ihre Freunde und Familie oder kontaktieren Sie Ihren Verband, den VLK.
Wir helfen leiten.

RA Norbert H. Müller

Der Rechtsrat – kurz und bündig

Probezeitvereinbarungen für Zusatzaufgaben

Fragestellung:

Ich bin bereits seit einigen Jahren Chefarzt an unserem Krankenhaus auf Basis eines bestehenden Dienstvertrages. Aufgrund von strukturellen und organisatorischen Veränderungen kommt es nunmehr zu einer zusätzlichen Übertragung weiterer Aufgaben, die ich immer schon favorisiert und gewünscht habe. In diesem Zusammenhang legt mir jedoch mein Arbeitgeber nunmehr einen neuen Chefarztvertrag vor, der zwar im Ergebnis meinen bisherigen Vertrag vollständig übernimmt und ausschließlich die zusätzlich vereinbarte Aufgabe beinhaltet, jedoch des Weiteren hier nun eine neue Probezeitvereinbarung vorsieht. Ist es überhaupt möglich und zulässig, mir nun in diesem Zusammenhang eine neue Erprobungszeit abzuverlangen?

Antwort:

Nach Ihren Angaben leiten Sie bereits seit einigen Jahren auf Basis eines bestehenden Dienstvertrages als Chefarzt Ihre Fachabteilung. Die in diesem damaligen Dienstvertrag vereinbarte Probezeit ist somit bereits seit längerem abgelaufen. Der Ihnen angebotene neue Arbeitsvertrag beinhaltet nach Ihren Angaben keinerlei Änderungen / Ergänzungen oder Verschlechterungen gegenüber dem bisherigen Dienstvertrag, sondern übernimmt diesen vollständig als Basis, was zunächst nicht zu beanstanden und sogar zu begrüßen ist. Insoweit wird folglich nach Ihren Angaben auch ausschließlich die Aufgabenerweiterung hier ergänzend formuliert und dies in einem neuen Vertrag zusammengefasst, der den bisherigen Vertrag eins zu eins übernimmt und zusätzlich die neuen Aufgaben beinhaltet. Hier ist jedoch dann wiederum eine neue Probezeitvereinbarung enthalten, die, wie untenstehend dargelegt, als unwirksam zu qualifizieren ist.

1.

Insofern handelt es sich bei dem neuen Chefarztvertrag um einen Folgearbeitsvertrag, der nicht den (Neu-)Beginn eines Arbeitsverhältnisses markiert, sondern „nur“ die Weiterbeschäftigung zu geänderten inhaltlichen Bedingungen.

Gleichwohl hat der Krankenhausträger auf der erneuten Aufnahme einer „Probezeit“ bestanden, während derer der Vertrag mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden können soll.

2.

Die Vereinbarung einer Probezeit kraft Gesetzes bezweckt ausschließlich die Möglichkeit, die Kündigungsfrist während der Probezeit, längstens aber für

Norbert H. Müller

die Dauer von 6 Monaten, auf 2 Wochen zu verkürzen. Weitergehende Rechtsfolgen ergeben sich aus der Vereinbarung der Probezeit grundsätzlich nicht. Da hier gemäß der neuen vertraglichen Regelung während der Probezeit ohnehin eine Frist von einem Monat zum Ende eines Kalendermonats gelten soll, kommt der Probezeit somit keine selbständige Bedeutung zu.

3.

Die (Rechtsfolgen der) Vereinbarung einer Probezeit werden/wird häufig verwechselt bzw. vermischt mit dem Anwendungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes. Hintergrund ist, dass sowohl die Probezeit regelmäßig für 6 Monate vereinbart wird und auch der Kündigungsschutz nach dem Kündigungsschutzgesetz erst nach sechsmonatigem Bestand des Arbeitsverhältnisses greift.

PROBEZEIT

So ist eine Kündigung des Arbeitgebers nach dem Kündigungsschutzgesetz nur dann gerechtfertigt, wenn diese – neben zahlreichen weiteren formellen Voraussetzungen – aus personen-, verhaltensbedingten oder dringenden betrieblichen Erfordernissen erfolgt, was einer umfassenden arbeitsgerichtlichen Kontrolle unterfällt. Die Beschränkung der Kündigungsmöglichkeit des Arbeitgebers auf diese Kündigungsgründe gilt aber erst nach 6-monatigem Bestand des Arbeitsverhältnisses. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber während der ersten 6 Monate des Arbeitsverhältnisses – also regelmäßig während des Laufes einer Probezeit – auch grundlos – aber fristgerecht- kündigen kann.

Für das Erfordernis eines Kündigungsgrundes nach dem Kündigungsschutzgesetz kommt es somit kraft Gesetzes nicht auf die Vereinbarung einer Probezeit, sondern allein auf den zeitlichen Geltungsbereich des Kündigungsschutzes nach dem Kündigungsschutzgesetz nach ununterbrochener 6-monatiger Beschäftigung an.

4.
Die Vereinbarung einer Probezeit ist nur für die ersten 6 Monate des Arbeitsverhältnisses – und nicht eines Folgearbeitsvertrages in einem ununterbrochen bestehenden Arbeitsverhältnis – zulässig. (so u.a. – LAG Baden-Württemberg Urteil vom 28.02.2002 – 4 Sa 68/01 –)

Für eine längere Probezeit oder eine nochmalige, also wiederholte, Probezeit ist dagegen kein Raum, nicht zuletzt auch, weil die Regelung zur Vereinbarung einer Probezeit und das Kündigungsschutzgesetz sowie sein Anwendungsbereich korrespondieren. So ist die Probezeit nach dem gesetzgeberischen Konzept gekoppelt an den kündigungsschutzfreien Zeitraum der ersten 6 Monate eines Arbeitsverhältnisses. (vergl. – LAG Baden-Württemberg a.a.O.; BT-Drs. 12/4902, S. 9 –)

5.
Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Vereinbarung einer Probezeit in einem Folgevertrag nach ununterbrochenem, längerem Bestand des Beschäftigungsverhältnisses unzulässig und unwirksam ist.

Davon unabhängig tangiert die Vereinbarung einer Probezeit den Anwendungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes, hier insbesondere den zeitlichen Geltungsbereich, ohnehin nicht. Maßgeblich für die Berechnung der sechstmonatigen Wartezeit gemäß § 1 Abs. 1 KSchG ist der ununterbrochene rechtliche Bestand des Arbeitsverhältnisses unter Berücksichtigung sämtlicher bisheriger Beschäftigungszeiten bei diesen Arbeitgeber. (so auch – Dörner/Vossen in: Ascheid/Preis/Schmidt, Kündigungsrecht, 4. Auflage 2012 § 1 KSchG Rdz. 37 –)

Der zeitliche Geltungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes ist also bei Ihnen bereits seit vielen Jahren, lange vor dem Beginn des Folgearbeitsvertrages, eröffnet, so dass das Arbeitsverhältnis nicht grundlos gekündigt werden kann, sondern jede Kündigung an den Anforderungen zur sozialen Rechtfertigung einer arbeitgeberseitigen Kündigung nach § 1 KSchG zu messen ist.

Somit wäre, soweit nicht im Vertragsentwurf die erneut auftauchende Probezeit im Rahmen von Verhandlungen gestrichen werden kann, diese ohnehin als unwirksam und unzulässig zu qualifizieren, so dass Ihnen selbst dann noch trotz dieser unwirksamen erneuten Probezeitvereinbarung ununterbrochener Kündigungsschutz uneingeschränkt zusteht.

Haftung für Regressansprüche für Dienstaufgaben bei Tätigkeiten im MVZ

Fragestellung:

Nach meinem Chefarztvertrag bin ich auch zur Durchführung von Tätigkeiten im MVZ als angestellter Arzt im Rahmen meiner Dienstaufgaben verpflichtet. Diese Tätigkeiten sind bei mir, ebenso wie die Durchführung von Privatambulanztätigkeiten, nicht als Nebentätigkeit ausgestaltet, sondern ausdrücklich den Dienstaufgaben zugeordnet.

Wenn ich nunmehr im Rahmen dieser zu erbringenden Dienstaufgaben unter Umständen bei der Dokumentation erbrachter und abzurechender Leistungen „kleine Fehler mache", die dann später womöglich zu Honorarrückforderungen von privaten Krankenversicherungen als auch der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber meinem Arbeitgeber führen, möchte ich hierfür selbstverständlich nicht persönlich später in Regress genommen werden können. Besteht hier für mich ein gesteigertes Risiko, welches ggf. ausgeschlossen oder reduziert werden könnte?

Antwort:

Zu Ihrer Frage nach der Haftung für etwaige Regressansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Krankenkassen als auch deren Institutionen im Rahmen von Honorarrückforderungen, Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc. nehmen wir nach Prüfung der Sach- und Rechtslage wie folgt, Stellung:

1.

Der Arbeitnehmer haftet wegen einer Pflichtverletzung oder sogenannter unerlaubter Handlung auf Ersatz des entstandenen Schadens, wenn er schuldhaft gegen Vertragspflichten verstößt. Allerdings ist es auch unvermeidbar, dass dem sorgfältigen Arbeitnehmer gelegentlich Fehler unterlaufen, mit denen im Rahmen der Arbeitsleistung erfahrungsgemäß durchaus zu rechnen ist. Da der durch den Arbeitnehmer verursachte Schaden nicht selten in keinem adäquaten Verhältnis zu der ihm gezahlten Vergütung steht, hat das Bundesarbeitsgericht zunächst die Haftung von Arbeitnehmern für eine sogenannte gefahrgeneigte Arbeit (so beispielsweise Kranführer, etc.), später für alle Tätigkeiten, die durch den Betrieb veranlasst sind, beschränkt.

Demnach wird heute die Haftung für Schäden aus betrieblich veranlasster Tätigkeit wie folgt verteilt: Der Arbeitnehmer haftet nicht bei leichtester Fahrlässigkeit. Er haftet voll bei Vorsatz und in aller Regel voll bei grober Fahrlässigkeit, wenn sich Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit auch auf den eingetretenen Schaden beziehen. Bei normaler Fahrlässigkeit ist der Schaden in aller Regel unter Berücksichtigung aller Umstände anteilig von ihm und dem Arbeitgeber zu tragen. Insbesondere bei grober Fahrlässigkeit kann jedoch die Abwägung aller zu berücksichtigenden Umstände (Schadenshöhe, grobe oder gröbste Fahrlässigkeit, Höhe des Arbeitsentgelts) ergeben, dass der Arbeitnehmer nur anteilig haftet.

Da die Entwicklung der Grundsätze zur Arbeitnehmerhaftung nicht aus dem Bereich des Arzt- oder Krankenhausrechts entstanden ist, gestaltet sich die Übertragung auf die von Ihnen angesprochenen Regressansprüche für vertragsärztliche Leistungen und diesbezügliche Verordnungen als nicht einfach. Zudem existieren insoweit auch noch keine (veröffentlichten) arbeitsgerichtlichen Urteile, die wir Ihnen an dieser Stelle mitteilen könnten.

Durch die Tatsache, dass bei Ihnen derartige Aufgaben jedoch als Dienstaufgaben deklariert sind, sind Sie zumindest den jeweiligen Insitutionen nicht unmittelbar gegenüber zu irgendeiner Rückzahlung verpflichtet.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass – unterstellt es handelt sich um kleinste Dokumentationsfehler – hier wohl auch kaum von grober Fahrlässigkeit sondern eher leichter Fahrlässigkeit gesprochen werden kann und zudem auch „normale" Fahrlässigkeit hier nicht zu einem automatisch ersatzpflichtigen Schaden bei Ihrem Arbeitgeber führt. Ein rechtmäßiges Alternativverhalten Ihrerseits unterstellt (kein Dokumentationsfehler), hätte dazu geführt, dass eine unter Umständen fehlerhaft abgerechnete Leistung dann von vornherein nicht hätte abgerechnet werden können, mithin die spätere Rückzahlungspflicht der Arbeit-

Foto: © Wilm Ihlenfeld/fotolia.com

geberin nicht zu einem ersatzfähigen Schaden führte.

Etwas anderes könnte allenfalls gelten, sofern Sie an diesen zu Unrecht erzielten Einnahmen qua Vertrag prozentual partizipieren. In Höhe dieser erzielten und an Sie weitergegebenen Einnahmen könnte dann unter Umständen ein Rückforderungsanspruch Ihres Arbeitgebers bestehen. Letztlich ist jedoch in derartigen Konstellationen dann immer besonderes Augenmerk auf den individuellen Einzelfall sowie die individualvertraglichen Regelungen und Abläufe zu legen, so dass hier grundsätzlich kein gesteigertes Risiko Ihrerseits in Rahmen ihrer Dienstaufgaben besteht.

2.

Zur Beschränkung der Regresspflicht des im MVZ angestellten Arztes könnte folgende mit dem Arbeitgeber zu vereinbarende Klausel hilfreich sein:

„Der Arbeitnehmer wird von eventuellen Ansprüchen der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Krankenkassen gegen den Arbeitnehmer aufgrund von Verstößen gegen das Vertragsarztrecht (z.B. aus Wirtschaftlichkeitsprüfung, Arzneimittelverordnungsprüfungen, Honorarberichtigungen sowie Plausibilitätsprüfungen etc.) freigestellt. Die Freistellung gilt nicht bei vorsätzlichen rechtswidrigen Handlungen des Arbeitnehmers. Soweit es um Honorarberichtigungen bzw. Honorarrückforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung geht, haftet der Arbeitnehmer gegenüber dem MVZ nur für absichtlich schädigendes Verhalten zum Nachteil des MVZ. Etwaige Regressansprüche des MVZ gegen den Arbeitnehmer sind in selbigem Umfange ausgeschlossen."

Derartige Regelungen sollten Sie insbesondere dann aufnehmen, wenn in Ihrem Vertrag noch nicht konkret die Durchführung von Tätigkeiten als angestellter Arzt im MVZ normiert sind, sondern der Arbeitgeber auf Sie zutritt, mit dem Wunsche, dass Sie derartige Tätigkeiten durchführen sollen. Selbst wenn eine grundlegende Tätigkeit im MVZ vertraglich angelegt ist, könnte dann bei einer späteren Umsetzung vor derartigen Tätigkeiten auch Ihrerseits eine solche Absicherungsklausel durchaus gefordert werden.

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

Beantwortung Ihrer Fachfragen durch qualifizierte Experten

Entsprechend der neuen VLK-Strategie, zukünftig vermehrt Serviceleistungen für die aktuellen Themen des Alltags in den Kliniken anzubieten, haben wir uns entschlossen, versuchsweise eine zeitlich befristete Kooperation mit dem Deutschen Krankenhaus-Expertenportal einzugehen.

Zielsetzung des Portals ist es, Ihnen auf Ihre – mit Ausnahme der von der Kanzlei Klostermann betreuten Themenbereiche – individuellen Fragen aus dem Klinikalltag eine schnelle, qualifizierte und lösungsorientierte Antwort zu geben, um Sie in die Lage zu versetzen, hieraus qualifizierte weitere Entscheidungen ableiten zu können.

Sie haben die Möglichkeit, kostenfrei Fachfragen zu den nachfolgenden Aspekten

- Wirtschaftlichkeit von Stellenplänen für Ihren Bereich
- Optimierung der Dienstplangestaltung für Ihren Bereich
- Pflegemanagement (inklusive PKMS, Pflegecontrolling, IT in der Pflege)
- Steuerrecht
- Zentralsterilisation, Instrumentenmanagement
- Wirtschaftlichkeit und Organisation in den Bereichen Labor, Pathologie, Radiologie

zu stellen.

Die Fragen werden von ausgewiesenen Experten schriftlich, individuell und qualifiziert innerhalb von 24Stunden per Mail beantwortet.

Überzeugen Sie sich von der Erfahrung und dem Wissen der Experten, indem Sie sich auf dem Portal www.dk-expo.de die Informationen zu den Experten ansehen.

Folgende Module werden im Laufe des Jahres 2015 hinzukommen:

- IT und Medizintechnik
- Vergaberecht
- Organisation und Wirtschaftlichkeit von Praxen.

Nach einem erfolgreichen halbjährlichen Praxistest in diversen Krankenhäusern steht das Portal nunmehr der Praxis zur Verfügung.

Sollten Sie Interesse haben und entsprechende Fragen an das Portal richten wollen, so senden Sie bitte Ihre Frage per E-Mail an den VLK, der dann Ihre Frage über das Portal an die Experten weiterleitet. Die Antwort geht dann direkt von den Experten an Ihre E-Mail-Anschrift, so dass Sie auch die Gelegenheit haben, mit dem entsprechenden Experten noch einmal per E-Mail Kontakt aufzunehmen, sofern sich für Sie aus der Antwort weitere neue Aspekte ergeben.

Wir würden uns freuen, wenn Sie dieses Angebot umfassend nutzen, um daraus abzuleiten, ob wir dieses Angebot ggfs. als ständige Service-Leistung für die Verbandsmitglieder etablieren wollen.

MeinAuto.de Vorteilsclub

Ab sofort können VLK-Mitglieder und deren Angehörige beim Neukauf eines Kraftfahrzeuges Sonderkonditionen erhalten. Grundlage ist ein Rahmenabkommen, das der VLK mit dem Vorteilsclub MeinAuto.de abgeschlossen hat.

Was müssen Sie tun?

1. Sie rufen die VLK-Internetseite auf
2. Sie klicken auf der Navigationsleiste die Rubrik „Mitgliederbereich“ an
3. Sie geben Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort ein.
4. Sie klicken auf die Unterrubrik „VLK-Service“
5. Dort finden Sie den Hinweis auf den Vorteilsclub MeinAuto.de
   Sie klicken auf das Feld „weiterlesen“
6. Es erscheinen die allgemeinen Informationen zu MeinAuto.de
   Sie tippen auf den grünen Link (http://vlk.vorteilsclub.meinauto.de)
7. Sie wählen Ihre individuelle Fahrzeug-Konfiguration aus, geben Ihre E-Mail Anschrift ein und stellen die unverbindliche Anfrage
8. Sie erhalten nach einer markenübergreifenden Verkaufsberatung(per Telefon oder E-Mail) ein Vermittlungsangebot
9. Sie kaufen bei einem deutschen Vorteilsclub-Partnervertragshändler zum Internetpreis

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.

Dr. med. F. Lange, stellvertretender Vorsitzender des VLK-Landesverbandes Thüringen

Aus den Landesverbänden Treffen der VLK-Landesvorstände

des mitteldeutschen VLK-Verbundes Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen am 04.03.2015

Eine zunehmende Demotivation im stationären Bereich besonders bei jüngeren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen stellt die Leitenden Krankenhausärzte vor neue Herausforderungen. Interkollegiale Gespräche finden kaum noch statt und die Kommunikationsebene Chefarzt/Assistenzarzt ist gestört. Eine ansteigende Fluktuationsrate bei Chefärzten erfordert ein neues Verständnis für Leitung und Führung im medizinischen Bereich. Die Motivation, als Arzt dem Patienten zu helfen, aber gleichzeitig als Führungskraft eine Abteilung zu leiten und junge Menschen als Ärztinnen und Ärzte aus- und weiterzubilden, muss vordergründig neu vermittelt werden. Unter den spezifischen Bedingungen Mitteldeutschlands und der neuen Bundesländer hat sich das Berufsförderungswerk Thüringen (BFW-Akademie) das Ziel gestellt, hier beratend und unterstützend tätig zu werden. „Doc-Coach“, ein Angebot für Führungs- und Fachkräfte in der Gesundheitsbranche kann hierbei zur Erarbeitung individueller Lösungen für einzelne Abteilungen oder eine gesamte Klinik genutzt werden.

Die anstehenden Wahlen zur Kammerversammlung der Landesärztekammern in Thüringen und Sachsen sollten in den nächsten Tagen im Mittelpunkt der Aktivitäten der VLK-Mitglieder stehen. Konzepte in Zusammenarbeit mit der Landeskrankenhausgesellschaft sollen möglichst viele Ärzte für die Wahl von Krankenhausärzten gewinnen. Um den Einfluss auf die Gesundheitsversorgung in Mitteldeutschland weiter zu erhöhen und konstruktiv zur Verbesserung der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten beizutragen, ist die Gründung „runder Tische“ geplant. Vertreter des Marburger Bundes, der Landesärztekammern, der Landeskrankenhausgesellschaft und des VLK können so gemeinsam über Fragen der Entwicklung der Krankenhauslandschaft in den drei Bundesländern zu diskutieren. Vorstellbar wäre auch, dass zu diesen „runden Tischen“ Vertreter des öffentlichen Lebens eingeladen werden.

Workshop

Der VLK veranstaltet am 08.06.2015 in Köln und am 24.06.2015 in Dresden jeweils einen Workshop

„Generationen-freundliche Klinik“.

Referenten sind Prof. Dr. Christian Schmidt, Ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender Universitätsmedizin Rostock

Prof. Dr. Dr. Martin Bauer, Direktor und Leiter OP-Management Universitätsmedizin Göttingen

Dr. Alex Blaicher, Geschäftsführer Malteser Betriebsgesellschaft Sachsen

Die Workshops finden statt im:
Malteser Deutschland
Kalker Hauptstraße 22-24
51103 Köln
(An der Schnellautobahn Köln-Trimbornstraße (1 Station von Köln Messe, 2 Stationen von Köln/Bonn Flughafen)

und im

Malteser Landgut
Michael-Hornigk-Straße 1
01920 Räckelwitz
Freier Shuttle von Flughafen Dresden

Die Teilnahmegebühr beträgt für VLK-Mitglieder 400,- € zzgl. 19% MwSt. = 476,- € und für Nicht-Mitglieder 450,- € plus 19% MwSt. = 535,50 €.

Verbindliche Anmeldungen
Bitte mit Hilfe des beigefügten Antwortformulars an die Fax-Anschrift des VLK 0211/451834 oder per E-Mail an info@vlk-online.de

Programm

- o 10:00 - 10:15 Uhr
- Begrüßung und Vorstellung

- o 10:15 - 10:45 Uhr
- Einführung in die Thematik
- Die Generationen im Überblick

- o 10:45 - 11:15 Uhr
- Bedeutung von Generationen-Freundlichkeit in der Klinik
- Goals für die Geschäftsführung

- o 11:15 - 11:45 Uhr
- Rekrutierung von Mitarbeitern
- Von Facebook zum Assessment-Center

- o 11:45 - 12:30 Uhr
- Bindung von Mitarbeitern
- Generationenfreundliche Ablauforganisation
- Betriebliches Gesundheitsmanagement

-- PAUSE --

- o 13:30 - 14:30 Uhr
- Interview mit Fragerunde: Führung & Personalentwicklung
- Führungsstile & Wissensmanagement
- Rollenspiel?

- o 14:30 - 15:30 Uhr
- Konfliktmanagement am praktischen Beispiel
- Reibungshitze versus Nestwärme
- Biologik: Revierkonflikte – tierisch menschlich!

-- PAUSE --

- o 16:00 - 16:45 Uhr
- Das VLK-Zertifikat Generationen-freundliche Klinik
- Ablauf
- Inhalt
- Vorteile und Abgrenzung vom Audit Beruf und Familie

- o 16:45 - 17:00 Uhr
- Fazit und Abschlussdiskussion

Verbindliche Anmeldung

VLK Service GmbH
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Hiermit melde ich mich verbindlich zum VLK-Workshop „Generationen-freundliche Klinik“ an.

Ich entscheide mich für den Seminartermin*

❑ 08. Juni 2015, Köln

❑ 24. Juni 2015, Dresden

Die Teilnahmegebühr in Höhe von 476,- € inkl. MwSt. (535,50 € für Nichtmitglieder des VLK) werde ich nach Erhalt der Rechnung zeitnah überweisen.

(Bei Abmeldung eines Teilnehmers bis 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn fallen Stornierungskosten in Höhe von 25 Prozent des Kostenbeitrages an. Bei Abmeldungen innerhalb von weniger als 14 Tagen vor Veranstaltungsbeginn werden 50 Prozent des Kostenbeitrages, innerhalb von weniger als 7 Tagen vor Veranstaltungsbeginn 100 Prozent des Kostenbeitrages fällig.)

Ich bin Mitglied im VLK* ja ❑ nein ❑

*Zutreffendes bitte ankreuzen

Name _____

Vorname _____ Titel _____

Dienstanschrift _____

_____

_____

Tel.: _____ E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte zurücksenden bis zum 26.05.2015 (für Termin 08.06.) bzw. bis 10.06. (für Termin 24.06.2015)

Fax: 0211/ 45 18 34 • E-Mail: info@vlk-online.de

Das stand auf der Agenda

März 2015

Foto: © frankdaniels/fotolia.com

02.03.2015, Berlin
- Gespräch mit Michael Hennrich, MdB
- Gespräch mit Harald Weinberg, MdB und Birgit Wöllert, MdB
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

03.03.2015, Berlin
- Frühjahrsempfang DKG
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

04.03.2015, Berlin
- Gespräch mit Lothar Riebsamen, MdB
- Gespräch mit Reiner Meier, MdB, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

05.03.2015, Düsseldorf
- Sitzung des MEDICA Beirates, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden
- Telefonkonferenz mit Jens Spahn, MdB,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

11.03.2015, Berlin
- Gesprächsrunde zur Erarbeitung von Qualitätsindikatoren,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

16.03.2015
- Telefonkonferenz der Arbeitsgruppe VLK-Zertifikat „Generationen-freundliche Klinik“,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jürgen Brenner, Dr. Alex Blaicher, Gerd Norden

18.03.2015, Berlin
- Sitzung der AG Mindestmengen der DKG, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

25.03.2015, Berlin
- Gespräch mit dem Vorsitzenden des Landesverbandes Berlin,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Günter Scholtes, Gerd Norden

30.03.2015, Düsseldorf
- Arbeitsgruppe European Hospital Conference, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

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