ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

5
88. Jahrgang
Mai 2015

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

STREIK

Foto: © psdesign1/fotolia.com

Tarifeinheitsgesetz – Gesetz mit geringer Halbwertzeit?

- Schnell, schneller, Gröhe
- Service-Angebote für VLK-Mitglieder

Falsche Weichenstellung: Lokführer rangieren Eliten aufs Abstellgleis

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

Wie sagt Frau Merkel doch gerne: „Nicht hilfreich…" Das fiel mir bei den Streikaktionen der Lokführer auch ein: Nicht hilfreich. Denn natürlich hängt an den Lokführern das Tarifeinheitsgesetz. Und am Tarifeinheitsgesetz hängen – über den Marburger Bund – auch wir Krankenhausärzte. Nun haben wir Leitenden Krankenhausärzte mit dem Marburger Bund auch manches Mal die Klinge gekreuzt, aber als Vertretung der Ärzteschaft ist der MB – um ein weiteres Merkel-Wort zu zitieren – schlicht alternativlos. Wenn aber das Tarifeinheitsgesetz in der aktuellen Form kommt, dann wird das auch für die Ärzteschaft gravierende Folgen haben, da ihnen die Vertretungsbasis genommen wird.

Denn der Clou dieses Gesetzes ist die Regelung, dass in einem Betrieb nur noch die mitgliederstärkste Gewerkschaft das Recht zu Tarifverhandlungen und entsprechende flankierende Aktionen bekommt. Das hört sich ja erstmal ganz plausibel an, ist aber eindeutig eine Regelung zur Schwächung von – man scheut sich ja fast schon das Wort in Deutschland zu verwenden – zur Schwächung von Eliten. Im Kern steckt also hinter dem Tarifeinheitsgesetz der wirkungsvolle Versuch, die arbeitsrechtliche Vertretung von Führungskräften zu zerschlagen! Denn wenn die jeweils mitgliederstärkste Gewerkschaft das Sagen hat, dann ist völlig klar, dass es sich dabei um eine Verteilung der Vertretungsmacht von oben nach unten handelt. Man muss nicht leidenschaftlicher Gewerkschafter sein, um zu erkennen, dass diese neue Machverteilung auch den Leitenden Krankenhausärzten unmittelbaren Schaden zufügt.

Was mich besonders beunruhigt ist: dass dieser Mechanismus nicht gesehen und thematisiert wird und dass insbesondere die verantwortlichen Politiker der Union diesen langfristig gefährlichen Unsinn mitmachen!! Welches Zeichen senden wir – angesichts eines bereits bestehenden Fachkräftemangels an künftige Führungskräfte im Angestelltenverhältnis aus, wenn wir ihnen deutlich zu verstehen geben: Ihr habt keine Chance euch gewerkschaftlich zu organisieren!?

Und da bin ich doch wieder bei den Lokführern. Denn führen heißt Verantwortung, und wer versucht, mit seiner Schlüsselposition die Republik lahmzulegen, der zeigt eben, dass er diese Führungsverantwortung offensichtlich nicht erkannt hat oder zu übernehmen bereit ist. Das also ist aus meiner Sicht das eigentlich Desaster aller Bahnstreiks und ihrer unangenehmen Folgen: dass mit diesem ganzen Lokführer-Theater der Begriff der Führung und der Führungsverantwortung diskreditiert wird.

Das Kind ist jetzt vermutlich schon in den Brunnen gefallen, aber wir alle sollten in unseren Gesprächen und Aktivitäten hartnäckig darauf hinweisen, dass wir gerade dabei sind, eine vollkommen falsche Weichenstellung vorzunehmen: Wir betreiben, salopp gesprochen, eine Stärkung der Indianer und eine Schwächung der Häuptlinge. Deutschland wird aber zukünftig darauf angewiesen sein, möglichst viele Leistungen – seien es medizinische oder industrielle – in eigenverantwortlichen Führungsstrukturen erbringen zu lassen. Von diesem Weg verabschieden wir uns gerade, indem wir unsere Führungskräfte aufs Abstellgleis schieben.

Lassen Sie uns – wo immer sich Möglichkeiten bieten – darüber reden. Denn noch ist Zeit, die Weichen richtig zu stellen!

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

153 **Falsche Weichenstellung**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

156 **Das Tarifeinheitsgesetz – Gesetz mit geringer Halbwertzeit?**
· Der Stein des Anstoßes: § 4a
157 · Frage- und Antwortspiel zwischen Opposition und Bundesregierung
- Auszüge aus der Kleinen Anfrage der Fraktion „Die Linke“
- Auszüge aus der Kleinen Anfrage der Fraktion „Bündnis 90/ Die Grünen“
Gerd Norden

160 - 162 Positionierung: BÄK, MB, Spartengewerkschaften

163 **Das Grundrecht auf Streik steht in Deutschland zur Disposition**
Christian Gümmer

Berufs- und Gesundheitspolitik

165 **Schnell, schneller, Gröhe**
Der Referentenentwurf eines Krankenhausstruktur-Gesetzes
Gerd Norden

167 - 170 Positionierung: DKG, VKD, VLK

171 Stellungnahme: VLK

175 **Wertschöpfung durch Wertschätzung**
Dr. Michael A. Weber

Recht

177 **Abrechnung von GOÄ-Ziffern bei telefonischer Beratung**
RA Norbert H. Müller

178 **Verweigerung der Aufnahme von „Flurbelegungen“ möglich?**
RA Norbert H. Müller / Marc Rumpenhorst

179 **Verantwortung des Chefarztes für Case-Mix-Punkte?**
Marc Rumpenhorst

Service-Angebote für VLK-Mitglieder

181 **Beantwortung Ihrer Fachfragen**

181 **MeinAuto.de Vorteilsclub**

Rubriken

182 - 185 **VLK intern**
155 **Personen und Hintergründe**
186 **Agenda**
164 **Bücher – Rezension,** Prof. Dr. K. H. Schriefers
168 **Impressum**

Tarifeinheitsgesetz vor der verfassungsrechtlichen Überprüfung?
Wahrscheinlich wird unmittelbar nach Inkrafttreten des geplanten Tarifeinheitsgesetzes das Bundesverfassungsgericht angerufen werden. Die Halbwertzeit dieses Gesetzes könnte deshalb nur sehr gering ausfallen.

Foto: © psdesign1/fotolia.com

156

Überflüssig, schädlich, verfassungswidrig
Das Gesetz zur Herstellung der Tarifeinheit ist schädlich für die deutsche Gewerkschaftslandschaft. Das Bundesverfassungsgericht wird mit Sicherheit einen dicken roten Stempel auf das Gesetz drücken, meint BÄK-Präsident Montgomery.

160

Referentenentwurf löst heftige Kritik aus
Die Geschwindigkeit, mit der das BMG den Referentenentwurf eines Krankenhaus-Strukturgesetzes vorgelegt hat, hat zu allgemeinem Erstaunen geführt. Der Entwurf selbst löst vor allem bei den Verbänden aus der Krankenhausszene heftige Kritik aus.

Foto: © momius/fotolia.com

165

Kein Schadensersatzanspruch
Das Nichterreichen der in einer Zielvereinbarung angegebenen Anzahl von Case-Mix-Punkten ist nach dem Urteil des Arbeitsgerichts Herne keine Grundlage für einen Schadensersatzanspruch gegen den Chefarzt.

179

Dr. Merholz zum Vizepräsidenten der AEMH gewählt

Dr. Erich Theo Merholz, Chefarzt der Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgischen Abteilung der St. Lukas-Klinik GmbH in Solingen und gleichzeitig auch Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen im VLK wurde von der Delegiertenversammlung der Europäischen Vereinigung Leitender Krankenhausärzte **(AEMH)** am 09.05.2015 in Wien einstimmig zum 3. Vizepräsidenten der AEMH gewählt.

In der gleichen Sitzung wurde der amtierende Präsident, Dr. João de Deus (Portugal) für weitere drei Jahre in seinem Amt bestätigt.

Die Delegiertenversammlung wählte auch Prof. Vlad Tica (Rumänien) zum 1. Vizepräsidenten, Dr. Pierre-Francois Cuénoud (Schweiz) zum 2. Vizepräsidenten und Dr. Hrvoje Sobat zum Schatzmeister der AEMH.

Dr. Erich Theo Merholz

BMG legt Referentenentwurf eines Krankenhaus-Strukturgesetzes vor

Am 28.04.2015 hat das Bundesministerium für Gesundheit den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Struktur der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz, KHSG) vorgelegt. Der Referentenentwurf entspricht im Wesentlichen den Vorgaben der Eckpunkte, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 05.12.2014 veröffentlicht hat. Bis zum 12.05.2015 haben Verbände Zeit, ihre Stellungnahmen beim BMG einzureichen. Am 18.05.2015 findet bereits eine Erörterung im BMG zu diesem Referentenentwurf statt. Als Termin des Inkrafttretens ist im Referentenentwurf der 01.01.2016 vorgesehen.

Montgomery im Amt bestätigt

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery wurde von den Delegierten des 118. Deutschen Ärztetages am 15.05.2015 in Frankfurt mit großer Mehrheit in seinem Amt als Präsident der Bundesärztekammer bestätigt. Montgomery bekleidet dieses Amt seit 2011. Von 1994 bis 2002 war er Präsident der Ärztekammer Hamburg und ist dies wieder seit 2006. Von 1989 bis 2007 war Montgomery Bundesvorsitzender des Marburger Bundes.

Die Delegiertenversammlung des 118. Deutschen Ärztetages bestätigte außerdem Frau **Dr. Martina Wenker** und Herrn **Dr. Max Kaplan** in ihren Ämtern als Vizepräsidenten der Bundesärztekammer.

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

365.247 ärztlich tätige Mediziner im Jahre 2014

Der Statistik der Bundesärztekammer zufolge erhöhte sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ärztlich tätigen Mediziner im vergangenen Jahr um 2,2% auf 365.247. „Dieses leichte Plus reicht bei weitem nicht aus, um die Lücken in der medizinischen Versorgung zu schließen, die sich aus einer Reihe von gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben“, kommentierte Prof. Montgomery diese Daten.

Den Zahlen der Bundesärztekammer zufolge waren im Jahre 2014 147.900 Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich, 186.300 im stationären Bereich tätig. Bei Behörden oder Körperschaften arbeiteten 9.800 Ärztinnen und Ärzte, in anderen Bereichen 21.200.

Gerd Norden

Das Tarifeinheitsgesetz – Gesetz mit geringer Halbwertzeit?

Schon der parlamentarische Werdegang des Gesetzes zur Tarifeinheit deutet daraufhin, dass die mit diesem Gesetz zu regelnde Materie alles andere als „einfach" zu nennen ist: Nachdem das BAG mit Urteil vom 07. Juli 2010 den Grundsatz der Tarifeinheit aufgegeben hat, können für dieselbe Beschäftigtengruppe unterschiedliche Tarifverträge konkurrierender Gewerkschaften gleichzeitig zur Anwendung gelangen. Im Fachjargon nennt man das „Tarifkollision". Heißt im Klartext, dass die Zahl der Streiks zur Durchsetzung tariflicher Forderungen – auch durch „Sparten-Gewerkschaften" – deutlich zunehmen kann.

Nach Einschätzung der Bundesregierung beinhaltet diese Tarifkollision – wie aus dem einführenden Text zu dem Gesetzentwurf deutlich wird – die Gefahr, dass die Gewerkschaften der im allgemeinen Interesse liegenden Aufgabe der Ordnung und Befriedung des Arbeitslebens nicht mehr gerecht werden können.

Erste Überlegungen zur gesetzlichen Regelung des Sachverhalts reiften bis zu einer Kabinettsvorlage, über die ein Beschluss Anfang Juli 2014 erfolgen sollte. Über Nacht wurde dieser Punkt jedoch von der Tagesordnung des Kabinetts gestrichen mit dem Hinweis, dass über das Gesetz noch intensiver beraten werden müsse. Dies scheint zwischenzeitlich erfolgt zu sein, denn am 11. Dezember 2014 erfolgte der Kabinettsbeschluss zum Entwurf eines Gesetzes zur Tarifeinheit. Mit Datum vom 20.02.2015 wurde dieser Entwurf dann in den parlamentarischen Beratungsgang eingespeist. Am 05.03.2015 erfolgte die erste Lesung im Deutschen Bundestag. In der gleichen Sitzung wurde ein Antrag der Fraktion „Die Linke" zur Verteidigung des Streikrechtes heftig diskutiert.

Foto: © psdesign1/fotolia.com

In der einstündigen Debatte entbrannte dann auch erwartungsgemäß ein heftiger Streit über das Streikrecht von Gewerkschaften, der sich bereits im Vorfeld – nicht zuletzt auch durch 2 umfangreiche sogenannte „Kleine Anfragen" der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion „Die Linke" zu diesem Thema abgezeichnet hat.

Nachfolgend werden Auszüge aus der Antwort der Bundesregierung zu diesen beiden vorgenannten Kleinen Anfragen im Wortlaut wiedergegeben. Darüber hinaus werden durch ein gemeinsames Statement des Marburger Bundes, des Deutschen Beamtenbundes, der Vereinigung Cockpit und des Deutschen Journalistenverbandes ebenso wie durch eine ausführliche Erklärung des Marburger Bundes und des Präsidenten der Bundesärztekammer zu diesem Thema die Kontra-Positionen zum Tarifeinheitsgesetz deutlich.

Zunächst wird jedoch der Text des „Stein des Anstoßes", § 4a, Absätze 1 und 2 des Entwurfs eines Gesetzes zur Tarifeinheit im Wortlaut wiedergegeben:

„§ 4a Tarifkollision

1.
Zur Sicherung der Schutzfunktion, Verteilungsfunktion, Befriedungsfunktion sowie Ordnungsfunktion von Rechtsnormen des Tarifvertrags werden Tarifkollisionen im Betrieb vermieden.

2.
Der Arbeitgeber kann nach § 3 an mehrere Tarifverträge unterschiedlicher Gewerkschaften gebunden sein. Soweit sich die Geltungsbereiche nicht inhaltsgleicher Tarifverträge verschiedener Gewerkschaften überschneiden (kollidierende Tarifverträge), sind im Betrieb nur die Rechtsnormen des Tarifvertrages derjenigen Gewerkschaft anwendbar, die zum Zeitpunkt des Abschlusses des zuletzt abgeschlossenen kollidierenden Tarifvertrags im Betrieb die meisten in einem Arbeitsverhältnis stehenden Mitglieder hat. Kollidieren die Tarifverträge erst zu einem späteren Zeitpunkt, ist dieser für die Mehrheitsfeststellung maßgeblich. Als Betriebe gelten auch ein Betrieb nach § 1 Abs. 1 Satz 2 des Betriebsverfassungsgesetzes und ein durch Tarifvertrag nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 - 3 des Betriebsverfassungsgesetzes errichteter Betrieb, es sei denn, dies steht den Zielen des Absatzes 1 offensichtlich entgegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Betriebe von Tarifvertragsparteien unterschiedlichen Wirtschaftszweigen oder deren Wertschöpfungsketten zugeordnet worden sind."

Frage- und Antwortspiel zwischen Bundesregierung und Opposition

Auszüge aus der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage von Abgeordneten der Fraktion „Die Linke" vom 09.10.2014 [1])

Frage:

Wie viele Ausfalltage aufgrund von Arbeitskampfmaßnahmen gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland jährlich seit dem Jahr 1991?

Anmerkung:

Aus der Antwort der Bundesregierung sind nachfolgend nur die Gesamtdaten der aufgrund von Arbeitskampfmaßnahmen verlorenen Arbeitstage ab dem Jahr 2000 aufgeführt – vgl. Tabelle 1.

Frage:

Wie viele Ausfalltage aufgrund von Arbeitskampfmaßnahmen gab es nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 1991 in den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in den USA?

Anmerkung:

Aus der Antwort der Bundesregierung hierzu sind nur die Daten der Jahre 2003 - 2013 übernommen worden – vgl. Tabelle 2.

Frage:

Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung im Hinblick auf die Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns aus dem Ausmaß und der Entwicklung der Ausfalltage aufgrund von Arbeitskampfmaßnahmen in Deutschland, auch im Vergleich mit anderen Staaten der Europäischen Union und differenziert nach Branchen?

Antwort:

Ausmaß und Entwicklung der Ausfalltage sind für sich genommen keine maßgebliche Kennzahl für die Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns. Die Bundesregierung wird alle maßgeblichen Entwicklungen in ihre Überlegungen einbeziehen.

Frage:

Wie viele Betriebe sind nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland von Tarifpluralität betroffen?

Welche Branchen weisen ein besonders hohes Maß an Tarifpluralität aus?

Verzeichnet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang negative Auswirkungen, die gesetzgeberisches Handeln rechtfertigt?

Wenn ja, welche sind dies?

Antwort:

Ohne dass der Bundesregierung ersichtlich wäre, was „ein besonders hohes Maß an Tarifpluralität" im Sinne der Fragestellung wäre, sind der Bundesregierung Tarifpluralitäten vor allem aus dem Gesundheitswesen, dem Luftfahrtbereich sowie dem Bahnbereich bekannt. Dessen unbeschadet lässt sich mit den Mitteln des Tarifregisters beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales nicht beurtei-

Verlorene Arbeitstage aufgrund von Arbeitskampfmaßnahmen 2000 - 2013

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
10.776	26.833	310.149	163.281	50.673	18.633	428.739	286.368	131.679	63.708	24.501	69.896	86.051	149.584

Tabelle 1

[1] Quelle: Bundestagsdrucksache 18/2790 v. 09.10.2014

len, welche Unternehmen und Betriebe welchen Branchentarifverträgen unterfallen. Zudem ist aus dem Tarifregister selbst nicht erkenntlich, ob Firmentarifverträge auf Unternehmensebene oder in einzelnen Betrieben bzw. Betriebsteilen gelten.

Aus Sicht der Bundesregierung kann die Kollision von Tarifverträgen konkurrierender Gewerkschaften die Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie beeinträchtigen. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sieht hierzu vor, dass der Grundsatz der Tarifeinheit nach dem betriebsbezogenen Mehrheitsprinzip unter Einbindung der Spitzenorganisationen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber gesetzlich festgeschrieben wird, um den Koalitions- und Tarifpluralismus in geordnete Bahnen zu lenken. Die Bundesregierung wird alle maßgeblichen Erkenntnisse in ihre Überlegungen zu gesetzgeberischem Handlungsbedarf einbeziehen und bei einem Regelungsvorschlag verfassungsrechtlich gebotenen Belangen Rechnung tragen.

Frage:

Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass Berufs- und Spartengewerkschaften mit einer gesetzlichen Regelung zur Tarifeinheit der Organisationszweck entzogen wird und die Bundesregierung damit ihre Neutralitätspflicht verletzt?

Antwort:

Berufs- und Spartengewerkschaften würde mit einer gesetzlichen Regelung zur Tarifeinheit der Organisationszweck nicht entzogen. Der Grundsatz der Tarifeinheit regelt alleine die Frage, welcher von mehreren konkurrierenden Tarifverträgen im Betrieb den Vorrang genießt.

2. Auszüge aus der Antwort der Bundesregierung auf die „Kleine Anfrage" der Abgeordneten der Fraktion „Bündnis 90/Die Grünen" vom 02.03.2015 [2])

Frage:

Wie viele streikfähige Gewerkschaften haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem BAG-Urteil 2010 neugegründet, und wie häufig haben diese neuen Gewerkschaften seit ihrer Gründung gestreikt?

Antwort:

Über die Anzahl der neugegründeten Gewerkschaften und der von ihnen geführten Arbeitskämpfe liegen der Bundesregierung keine statistischen Angaben vor.

Frage:

Wie erklärt die Bundesregierung den möglichen Widerspruch, dass das Gesetz zwar „die Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie zu sichern" zum

Anzahl ausgefallener Arbeitstage aufgrund von Streiks und Aussperrungen in der EU und den Vereinigten Staaten

Quelle: Internationale Arbeitsorganisation (ILO).

Land											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Belgien	239344	166287	669982	88941	127442	263613					
Bulgarien											
Dänemark	55100	76400	51100	85900	91700	1869100			15000	10200	
Estland	10993		0	8	75	50			0		
Finnland	66136	42385	672904	85075	94579	16352					
Frankreich	223795	193423	1997000	1421400	1553000	1418500					
Griechenland											
Irland	37482	20784	26665	7352	6038	4179					
Italien	1961700	698571	906857	554713	929714	722714					
Kroatien											
Lettland	0	0	0	0	0	3254					
Litauen	0	0	834	0	9559	31601					
Luxemburg				0							
Malta	3306	1652	1341	2935	721	1771	7594,5		606,8	1126	
Niederlande	15000	62200	41700	15800	26400	120600					
Osterreich	1305466	178	0	0	0	0					
Polen	6551	358	413	31418	186213	275819					
Portugal	53370	46096	27333	44732	29851						
Rumänien	11786	21403	12505,5	24389,8	494034	138453					
Schweden	627541	15282	568	1971	13666	106801			254	37072	7084
Slowenien											
Slowakei	4	0	0	14	6	0					
Spanien	792101	4472576	951495	927712	1187654	1510219	1290852	671523	485054	1290114	
Tschechien											
Ungarn	2426	19067	963	6501	27848						
Ver. Königreich	499100	904900	223801	754500	1041100	758861	455200	365300	1390000	249000	443600
Zypern	6901	9053	13967	26898	10289	1034	1743	200	39349	132811	605671
Vereinigte Staaten	4077400	1017200	1348000	2687500	1264800	1954100	124100	302300	1020200	1130800	289900

Tabelle 2

[2] Quelle: Bundestagsdrucksache 18/4156 v. 02.03.2015

Ziel hat, gleichzeitig aber das Streikrecht indirekt über die Ausführungen der Verhältnismäßigkeit von Arbeitskämpfen eingeschränkt wird?

Antwort:

Die Bundesregierung sieht keinen solchen Widerspruch. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Tarifeinheit verfolgt das Ziel, die Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie zu sichern, indem Tarifkollisionen aufgelöst werden. Dabei stellt die Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung ausdrücklich klar, dass die Regelungen zur Tarifeinheit nicht das Arbeitskampfrecht ändern. Arbeitskämpfe müssen weiterhin dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen.

Frage:

Weshalb sieht die Bundesregierung kollidierende Tarifverträge beispielsweise bei den Ärzten als problematisch an, die sich darin unterscheiden, dass der eine Tarifvertrag bessere Regelungen beim Entgelt (Marburger Bund) und der andere bei der Arbeitszeit (ver.di) beinhaltet, entsprechend den Interessen und der Prioritätensetzung der jeweiligen Beschäftigten, und warum steht eine solche Kollision dem „öffentlichen Interesse" entgegen?

Antwort:

Die Bundesregierung begrüßt es, wenn es den Tarifvertragsparteien gelingt, ihre Zuständigkeiten autonom abzugrenzen. Innerhalb der Betriebsgemeinschaft soll indes nur ein Tarifvertrag für dieselbe Beschäftigtengruppe zur Anwendung kommen. Tarifliche Regelungen in Fragen der Arbeitszeit sind oftmals Betriebsnormen, die einer betrieblichen Anwendung bedürften.

Frage:

Wie ist die Äußerung der Bundesministerin für Arbeit und Soziales Andrea Nahles zur Begründung des Tarifeinheitsgesetzes zu verstehen, dass es nicht darum gehen dürfe, „dass der Erfolg in Tarifverhandlungen sich allein danach bemisst, welche Stellung und Streikmacht jemand im Betrieb hat", und was soll statt der Streikmacht zukünftig sicherstellen, dass Tarifverhandlungen nicht zum kollektiven Betteln der Beschäftigtenseite werden?

Foto: © Wolfisch/fotolia.com

Antwort:

Nach Auffassung der Bundesregierung dient tarifliches Handeln auch der Herstellung innerbetrieblicher Lohngerechtigkeit. Dem Tarifvertrag kommt eine Verteilungsfunktion zu. Die Verteilungsfunktion wird gestört, wenn ein Tarifabschluss nicht den Wert verschiedener Arbeitsleistungen innerhalb einer betrieblichen Gemeinschaft zueinander wiederspiegelt, sondern vor allem Ausdruck der jeweiligen Schlüsselpositionen einer beschäftigten Gruppe im Betriebsablauf ist.

Frage:

Mit welcher Begründung sieht die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Tarifeinheit mit Artikel 9 Abs. 3 des Grundgesetzes vereinbar, der besagt: Die Koalitionsfreiheit „ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet. Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu verhindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen sind rechtswidrig", und welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung vor diesem Hintergrund aus der Aussage des Arbeitsrechtlers Prof. Dr. Gregor Thüsing, nachdem auch die Spartengewerkschaften „den Schutz der Koalitionsfreiheit" genießen?

Antwort:

Die Bundesregierung stimmt der Aussage zu, dass sogenannte Spartengewerkschaften den Schutz der Koalitionsfreiheit genießen. Der Gesetzentwurf ist nach Auffassung der Bundesregierung mit Artikel 9 Abs. 3 Grundgesetz vereinbar. Die Koalitionsfreiheit des Artikels 9 Abs. 3 Grundgesetz bedarf der Ausgestaltung durch den Gesetzgeber und ist zudem verfassungsimmanenten Schranken unterworfen. Mit dem Gesetzentwurf zur Tarifeinheit setzt die Bundesregierung ein legitimes Regelungsziel unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit um. Zur Sicherung der Schutzfunktion, Verteilungsfunktion, Befriedungsfunktion sowie Ordnungsfunktion von Rechtsnormen des Tarifvertrages sollen Tarifkollisionen auf betrieblicher Ebene im Überschneidungsbereich zugunsten des Mehrheitstarifvertrags aufgelöst werden. Mithin sichern die Regelungen die Funktionsfähigkeit der durch Artikel 9 Abs. 4 Grundgesetz gewährleisteten Tarifautonomie.

Frage:

Sieht die Bundesregierung die freie gewerkschaftliche Betätigung der Beschäftigten bei der Gewerkschaft ihrer Wahl als gewährleistet an, auch wenn durch das geplante Tarifeinheitsgesetz bei kollidierenden Tarifverträgen zukünftig nur der Tarifvertrag der mitgliederstärkten Gewerkschaft zur Anwendung kommt?

Antwort:

Die Bundesregierung hält es mit der individuellen Koalitionsfreiheit für vereinbar, wenn Tarifkollisionen im Überschneidungsbereich nach dem betrieblichen Mehrheitsprinzip zugunsten des Mehrheitstarifvertrags aufgelöst werden. Den verfassungsrechtlichen Belangen von Minderheitengewerkschaften trägt der Gesetzentwurf durch ein vorgelagertes Anhörungsrecht und ein nachgelagertes Nachzeichnungsrecht Rechnung. Auch nach Erlass eines Tarifeinheitsgesetzes sind die Koalitionen aufgerufen, Zuständigkeitskonflikte autonom zu lösen.

Frage:

Stimmt die Bundesregierung der Aussage von Prof. Udo Di Fabio aus seinem Rechtsgutachten „Gesetzlich auferlegte Tarifeinheit als Verfassungsproblem" zu: „Der Eingriff in den Kernbereich der Koalitionsfreiheit ist nur bei nachweisbaren schweren und konkreten Gefahren für überragend wichtige Gemeinschaftsgüter gerechtfertigt"?

Antwort:

Die Bundesregierung stimmt der zitierten Aussagen von Prof. Udo Di Fabio zu. Nach Auffassung der Bundesregierung stellen die Regelungen des Entwurfs eines Tarifeinheitsgesetzes aber keinen Eingriff in den Kernbereich der Koalitionsfreiheit dar.

Frage:

Bestätigt die Bundesregierung die Aussage der Bundesarbeitsministerin, dass mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Tarifeinheit das Streikrecht von Gewerkschaften nicht angetastet wird?

Welchen Sinn hat das Tarifeinheitsgesetz, wenn dennoch alles beim Alten bleibt und Berufsgewerkschaften, wie beispielsweise die GDL, wie bisher streiken können?

Antwort:

Die Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur Tarifeinheit stellt ausdrücklich klar, dass die Regelungen zur Tarifeinheit nicht das Arbeitskampfrecht ändern. Der Grundsatz der Tarifeinheit setzt bei der Frage an, welcher von mehreren konkurrierenden Tarifverträgen im Betrieb den Vorrang genießt. Ziel des Gesetzes ist es, die Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie zu sichern, indem Tarifkollisionen aufgelöst werden. Arbeitskämpfe müssen allerdings weiterhin dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen.

Positionierung Bundesärztekammer

Montgomery: Tarifeinheitsgesetz ist überflüssig, schädlich und verfassungswidrig

Berlin, 04.03.2015

„Das Gesetz zur Herstellung einer Tarifeinheit ist völlig überflüssig. Es ist schädlich für die deutsche Gewerkschaftslandschaft. Und es ist in meinen Augen verfassungswidrig." So kommentiert Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (in einem Videostatement) das von der Großen Koalition geplante Tarifeinheitsgesetz. Die Ärzteschaft werde gegen dieses Gesetz kämpfen und das Recht aller Arbeitnehmer auf eine unabhängige und eigenständige Tarifpolitik verteidigen, sagte der BÄK-Präsident einen Tag vor der ersten Beratung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag.

Die häufig beschworenen Ängste vor ausufernden Streiks hält der Ärzte-Chef für unbegründet: „Es gibt kaum ein ähnlich streikarmes Land wie Deutschland. In unseren Nachbarländern wird sehr viel mehr gestreikt. Wer für Deutschland englische Verhältnisse vorhersagt, versucht Stimmung zu machen und Ängste zu schüren, die keinerlei Substanz haben", so Montgomery. Aufgrund von Streiks fallen wissenschaftlichen Studien zufolge in Deutschland jährlich nur etwa 16 Arbeitstage pro 1.000 Beschäftigte aus. In Großbritannien gab es dagegen zuletzt 26 Streiktage, in Dänemark 106 und in Frankreich sogar 150.

In Anbetracht der Mehrheitsverhältnisse im Bundestag sieht Montgomery allerdings kaum Chancen, den Gesetzgebungsprozess noch aufzuhalten. „Wenn nicht höhere Einsichten bei Frau Merkel, Herrn Gabriel und Frau Nahles einsetzen, wird die Tarifeinheit erst einmal so kommen. Aber das Bundesverfassungsgericht wird mit Sicherheit einen dicken roten Stempel auf das Gesetz drücken", so Montgomery.

Positionierung Marburger Bund

Angriff auf ein notstandsfestes Grundrecht aller Arbeitnehmer

05.03.2015

Zur 1. Lesung des Entwurfs eines Gesetzes zur Tarifeinheit erklärt der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke: Der Entwurf für das Tarifeinheitsgesetz ist nach weit überwiegender Meinung von Verfassungs- und Arbeitsrechtlern ein rechtswidriger Eingriff in die grundgesetzlich geschützte Koalitionsfreiheit. Durch das Gesetz würden zwei Klassen von Gewerkschaften entstehen: Den einen billigt man zu, eigene Tarifverträge zu verhandeln; den anderen spricht man dieses Grundrecht ab und nimmt ihnen auch gleich noch das Streikrecht. Wir fordern den Deutschen Bundestag auf, diesen Angriff auf ein notstandsfestes Grundrecht aller Arbeitnehmer zurückzuweisen. Das Tarifeinheitsgesetz zerstört Vertrauen in die Politik, schafft Rechtsunsicherheit in den Betrieben und befeuert einen Kampf um Mehrheiten, wo bisher ganz selbstverständlich Tarifpluralität galt.

Die in einer Vielzahl von Stellungnahmen vorgebrachten Einwände gegen den Gesetzentwurf hat die Bundesregierung vollständig ignoriert. Ich habe die Hoffnung, dass in der jetzt beginnenden parlamentarischen Debatte die Abgeordneten der Koalition vorbehaltlos die Argumente der von dem Gesetz betroffenen Gewerkschaften prüfen und dadurch zu anderen Einsichten gelangen als das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Ministerium hat es bisher nicht vermocht überzeugend darzulegen, warum überhaupt Gesetzgebungsbedarf bestehen soll. Mit seiner Antwort auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen hat das Bundesarbeitsministerium einen Offenbarungseid geleistet, weil es sich außerstande sah, auch nur einen einzigen empirischen Beleg für die Grundannahmen des Gesetzesvorhabens vorzutragen. Der Betriebsfrieden wird nicht durch Tarifpluralität und berufsspezifische Tarifverträge gestört, sondern durch ein Gesetz, das die Gewerkschaften in einen Häuserkampf treibt.

Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf hat keine Mehrheit in den Gewerkschaften. Neben den Berufs- und Fachgewerkschaften lehnen auch drei DGB-Gewerkschaften – Verdi, NGG und GEW – das Tarifeinheitsgesetz ab. Die Vertretungen von etwa 4 Millionen Beschäftigen in Deutschland haben dem Gesetzesvorhaben eine klare Absage erteilt. Damit ist die im Koalitionsvertrag verabredete Geschäftsgrundlage – ein verfassungskonformes Gesetz im Konsens aller Sozialpartner – gleich in mehrfacher Hinsicht entfallen. Es gab nie einen Grund, ein solches Gesetz auf den Weg zu bringen, und es gibt ihn jetzt noch viel weniger.

Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes

Gemeinsame Resolution der Spartengewerkschaften

Marburger Bund, dbb, Vereinigung Cockpit, DJV

NEIN zum Grundrechtsbruch! NEIN zum Tarifeinheitsgesetz!

Koalitionsfreiheit bewahren, Streikrecht verteidigen

Berlin, 3. März 2015

Die freie gewerkschaftliche Betätigung ist in Gefahr!

Der Regierungsentwurf für ein Tarifeinheitsgesetz ist ein beispielloser Angriff auf die grundgesetzlich geschützte Koalitionsfreiheit und das Streikrecht tariffähiger Gewerkschaften.

Wir lehnen es ab, dass gewerkschaftliche Freiheitsrechte aller Arbeitnehmer in diesem Land per Gesetz eingeschränkt werden sollen.

Die Bundesregierung darf entsprechende Warnungen von renommierten juristischen Sachverständigen, Wirtschaftswissenschaftlern, Politikern und Gewerkschaftern nicht länger ignorieren.

Es kommt einem offenen Grundrechtsbruch gleich, wenn der Staat bestimmten Arbeitnehmergruppen das Recht verwehren will, unabhängig und eigenständig tarifpolitisch tätig zu sein.

Die aus dem Grundgesetz resultierenden Freiheitsrechte gelten unterschiedslos für alle Menschen in diesem Land – unabhängig davon, ob sie einer Mehrheit angehören. Das Recht der freien Koalitionsbildung zur Gestaltung der Arbeits- und Wirtschaftsbeziehungen „ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet“ (Art. 9 Abs. 3 Grundgesetz). Die Idee einer konkurrenzlosen „Mehrheitsgewerkschaft“ widerspricht diesem notstandsfesten Grundrecht eklatant.

Wer die Axt an die Koalitionsfreiheit legt, muss sich fragen lassen, welche freiheitlichen Grundrechte er als nächste einschränken will.

Es muss den Arbeitnehmern in den verschiedenen Gewerkschaften überlassen bleiben, ob sie gemeinsam zu der Auffassung gelangen, dass in ihrem Betrieb ein Tarifvertrag für alle Beschäftigten zur Anwendung kommt. Niemand darf durch den Eingriff der Politik dem Tarifdiktat einer fremden Gewerkschaft unterworfen werden.

Wir fordern daher die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, keinen Grundrechtsbruch zuzulassen und den Regierungsentwurf des Tarifeinheitsgesetzes zurückzuweisen.

Pressekontakt:
c/o Marburger Bund Bundesverband
Reinhardtstraße 36, 10117 Berlin
Telefon 030 / 746846-0
E-Mail: presse@marburger-bund.de

Dipl.-Kfm. Christian Gümmer

Das Grundrecht auf Streik steht in Deutschland zur Disposition

Der Entwurf zum „Tarifeinheitsgesetz“ steht – das im Grundgesetz verankerte Recht auf Streik soll im Sommer gesetzlich eingeschränkt werden.

Im seltenen Schulterschluss zwischen Bundesregierung, großen Gewerkschaft (DGB, Verdi) und Arbeitgebern (BDA) besteht Einigkeit, das im Koalitionsvertrag zwischen CDU sowie SPD vereinbarte Gesetz in die Tat umzusetzen.

Freie Gewerkschaften oder staatlicher Einheitszwang?

Zu dieser brisanten Thematik hat in Berlin ein Hearing stattgefunden. Allen Seiten sollte Gelegenheit gegeben werden, ihre Sichtweisen darzustellen.

Aufgerufen zum Hearing hatten verschiedene Spartengewerkschaften (dbb, Marburger Bund, DJU, Vereinigung Cockpit). Eingeladen auch die Arbeitgeber (BDA) sowie Vertreter aller Parteien im Bundestag. Moderiert wurde die Veranstaltung von der aus dem Fernsehen (ZDF) bekannten Journalistin Dunja Hayali.

Klaus Duderstädt (dbb Bundesvorsitzender) reklamierte in seiner Begrüßungsansprache, daß das vorhandene Tarifgesetz für die Tarifparteien gedacht ist – der Gesetzgeber solle sich mit Regelungen heraushalten.

Zum Pro und Contra vom im Raume stehenden „Tarifeinheitsgesetz“ folgten Impulsreferate.

Aus Sicht der Arbeitgeber bewertet Roland Wolf (BDA) den Gesetzentwurf als gelungen. Er verweist auf die Befriedungs- und Ordnungsfunktion vom Gesetz. Kollisionen sollen verhindert werden. Die Tarifakteure hätten es in der Hand, sich zu einigen. Einem Eingriff in die Tarifautonomie wird von Seiten der Arbeitgeber widersprochen. Es würde es sich um eine Ausgestaltung der Tarifautonomie handeln. Der Gesetzentwurf schaffe Rechtsklarheit sowie Rechtssicherheit. Und dort, wo sich die aktuelle Rechtsprechung verweigere, müsse es der Gesetzgeber regeln.

Prof. Dr. jur. Matthias Jacobs (Bucerius Law School / Hamburg) widerspricht in seinem Statement zum Contra der dargestellten Sichtweise ausdrücklich. Prof. Jacobs beschäftigt sich seit über 20 Jahren mit dem Tarifrecht. Für ihn ist der Gesetzentwurf glasklar verfassungswidrig. Er konstatiert einen eklatanten Eingriff in die Tarifautonomie. Auch sei der Gesetzentwurf nicht verhältnismäßig. Prof. Jacobs prognostiziert das rechtliche sowie tatsächliche Scheitern vom Gesetz. Und als Widerspruch, den jedes Kind verstehe, hebt er nachfolgende Gegensätzlichkeiten in der Argumentation von Bundesregierung, Arbeitgebern und großen Gewerkschaften hervor – Die Tarifautonomie würde nicht angetastet / Streiks sollen per Gesetz jedoch rechtswidrig werden. Abschließend zitierte Prof. Jacobs den ehemaligen Bundesinnenminister Gerhard Baum : „Grundsätze müssen sich gerade dann bewähren, wenn es weh tut.“

Dies soll nun offensichtlich ausgehebelt werden. Die Motivationen dafür erscheinen vielfältig. Auf Seiten der Gewerkschaften haben die Großen kein Interesse daran, daß ihre Macht von kleineren Spartengewerkschaften beschnitten wird. Die Bundesregierung hat ihren Koalitionsvertrag abzuarbeiten. Dazu gehört Geben und Nehmen. Grundrechte erscheinen in den Hintergrund zu geraten. Über die Folgen werden sich keine Gedanken gemacht, so hat es den Anschein. Die Gründe von Seiten der Arbeitgeber in der Allianz für das Gesetz ergeben sich aus ihrer ureigenen Interessenlage.

Bezeichnend ist, daß sich von Seiten der CDU kein Vertreter dem Hearing stellte. Ebenso bezeichnend ist, daß Harald Baumann-Hasske (SPD) als Jurist ebenfalls von der Verfassungswidrigkeit des Gesetzes ausgeht.

Die anschließende Diskussionsrunde reagierte unisono mit Fassungslosigkeit zum Gesetzentwurf. Das in der Vorlage vorgesehene Recht zur „Anhörung“ und „Nachzeichnung“ konterkariere die Eigenständigkeit von Spartengewerkschaften. Allein schon aus Datenschutzgründen sei das im Gesetz vorgesehene „Mehrheitsprinzip“ faktisch

nicht umsetzbar. Kämpfe der Gewerkschaften untereinander um die Mehrheit würden entstehen. Die Dauer einer Prüfung zur Verfassungswidrigkeit vom Gesetz dürften viele kleine Gewerkschaften nicht überstehen – was im Interesse der großen Gewerkschaften wäre. Unzufriedenheiten einzelner Gruppen, für die sich die kleineren Spartengewerkschaften einsetzen, würden zementiert. Das würde jedoch dem Betriebsfrieden zuwider laufen.

Das im Grundgesetz verbriefte Recht auf Streik unter Mehrheitsvorbehalt zu stellen, wäre absurd und aberwitzig.

Mit aller Macht soll nun aber der Gesetzentwurf dafür durchgesetzt werden. Vom Bundesrat bedarf es keiner Zustimmung.

Insgesamt ein ganz sicher wichtiges Hearing – für unsere Grundrechte. Der Eine und Andere beginnt zu verstehen, worum es geht. Nämlich, das Aushebeln vom Streikrecht per Gesetz.

Im Kern ergibt sich die Problematik, daß immer mehr Arbeitgeber durch Outsourcing neue Realitäten in der tariflichen Auseinandersetzung schaffen.

Anstatt Grundrechte anzutasten, sollte der Gesetzgeber sich diesem Kernproblem widmen.

Bücher

Krankenhausreport 2015

J. Klauber (Hrsg.), M. Geraedts (Hrsg.), J. Friedrich (Hrsg.), J. Wasem (Hrsg.)
Schattauer Stuttgart 2015
569 Seiten
ISBN 978-3-7945-3091-5
54,99 EUR

Der diesjährige Krankenhausreport vermittelt wie gewohnt Daten des statistischen Bundesamtes und des wissenschaftlichen Instituts der AOK, diesmal aus dem Jahr 2012.

Das Krankenhaus Directory stellt Kennziffern zur Struktur, Wettbewerbssituation und Ergebnisqualität von etwa 1500 Krankenhäusern vor.

Eine krankenhauspolitische Chronik enthält in tabellarischer Ausrichtung alle wichtigen Ereignisse im Gesundheitsbereich in der Zeit von Mitte 2013 bis Mitte 2014. (Man ist erstaunt, wie viel Reden und Schreiben wie wenig Effekt erzeugt hat.)

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

Das Schwerpunktthema folgt der in den Koalitionsvereinbarungen unserer Regierungsparteien festgelegten Vorgabe einer Reformierung der Krankenhausplanung als einer qualitätsbestimmten Versorgungsplanung, orientiert nicht an Einwohnerzahlen, sondern am Bedarf der Bevölkerung. Die Erwartungen von Strukturveränderungen durch die Einführung des DRG-Sytems sind enttäuscht worden. Auf der Suche nach besseren Planungskriterien werden Vergleiche mit europäischen Ländern herangezogen, es erfolgen Analysen der Notfallversorgung, der räumlichen Zuordnung, die Akzentuierung von Patientenperspektiven. Es fehlen rechtliche Rahmenbedingungen für eine notwendige Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, für erstere sind immer noch die kassenärztliche Vereinigung, für letztere die Bundesländer verantwortlich.

Es bestehen erhebliche Zweifel, dass die vom Bund eingesetzte Bund-Länder-Kommission Lösungsmöglichkeiten erarbeiten wird. Hier werden sie angeboten, etwa die Ablösung landesweiter Krankenhausplanung durch regionale Versorguungsaufträge, Finanzierung der Investitionskosten durch Länder und Krankenkassen, die zum Ausgleich an der Planung beteiligt werden, Abkehr von einer Angebotsplanung zu Gunsten von Nachfragekriterien, Auflösung der strengen Grenze zwischen ambulant und stationär, Durchsetzung von Qualitätskriterien für die Zulassung von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen.

In der aktuellen Situation der Überlegungen zu einer Neuordnung der Krankenhausplanung bietet das Buch wertvolle Grundlagen und Anregungen.

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

Gerd Norden

Schnell, schneller, Gröhe

Damit hatte niemand gerechnet: Der mit der Leitung des Hauses nicht abgestimmte Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung wurde am 16.04.2015 einem kleinen Kreis von „Experten" im Gesundheitswesen zugestellt. Wohl um zu testen, wie laut denn der sich darauf ergebende Aufschrei der Empörung sein würde. Noch ehe die Aufregung ob der darin enthaltenen vorgesehenen Regelungen für den Krankenhausbereich umfassend Platz greifen konnte, legte das Ministerium nach: Mit Datum vom 28.04.2015 legte das Bundesministerium für Gesundheit den offiziellen Referentenentwurf des Krankenhaus-Strukturgesetz vor. Im Wesentlichen stellt dieser Referentenentwurf die in Paragraphentext gegossenen Gedanken und Überlegungen dar, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 05.12.2014 vorgelegt hat.

Große Überraschungen enthält der Referentenentwurf demnach nicht, wohl aber die Erkenntnis, dass die derzeit regierende Koalition aufgrund ihrer satten Mehrheitsverhältnisse offensichtlich gewillt ist, unter dem Deckmantel der Qualität die Krankenhauslandschaft auszudünnen.

Nachfolgend werden aus dem einleitenden Text des Referentenentwurfes die entscheidenden Passagen über die Problemstellung und die Zielsetzung des Referentenentwurfes sowie die dort enthaltenen „Lösungsansätze" widergegeben.

Die ausführliche Stellungnahme des VLK hierzu sowie Positionierungen der DKG, des VKD und auch des VLK in Form von Pressemitteilungen sind ebenfalls nachfolgend abgedruckt.

Foto: © momius/fotolia.com

Problem und Ziel

Eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein. Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sie sichern eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Medizin, die nicht zuletzt durch das hohe Engagement der über 1 Million Beschäftigten in den Krankenhäusern ermöglicht wird. Vor dem Hintergrund u.a. der demographischen und regionalen Veränderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts müssen die Rahmenbedingungen jedoch weiterentwickelt werden, um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu gestalten und notwendige Umstrukturierungsprozesse zu unterstützen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat am 05.12.2014 nach über sechsmonatiger Beratung die Eckpunkte zur Krankenhausreform vorgelegt, die mit diesem Gesetz umgesetzt werden. Damit setzen sich Bund und Länder für eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards und für eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser ein. Sie gestalten gemeinsam die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge.

Lösung

Ausgehend von einem hohen Qualitätsniveau der Krankenhausversorgung werden mit dem Gesetz die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung weiterentwickelt, so dass auch in Zukunft für Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann.

Die Schwerpunkte des Gesetzes betreffen:

Die Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt und die Qualitätssicherung bei der stationären Versorgung wird durch eine Reihe von Maßnahmen ge-

stärkt:

- Der Gesetzeszweck der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern in **§ 1 Abs. 1 KHG** wird um das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert.
- Der **Gemeinsame Bundesausschuss** wird gesetzlich beauftragt, **Qualitätsindikatoren** zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität **zu entwickeln** (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Zu den planungsrelevanten Indikatoren liefert der GBA den Planungsbehörden der Länder regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse.
- Die Qualitätsindikatoren bilden eine zusätzliche Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder. Eine qualitativ nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses hat **Konsequenzen** auch für die **Aufnahme** der Einrichtung in den **Krankenhausplan** des Landes und den Verbleib darin.
- Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Es wird ein Verfahren vorgegeben, in dem die Krankenhäuser das Erreichen der **Mindestmengen** in Form einer begründeten Prognose belegen müssen. Zudem wird ausdrücklich gesetzlich klar gestellt, dass ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obwohl es die festgelegte Mindestmenge **nicht erreicht, keine Vergütung** erhält.
- Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch an Qualitätsaspekte angeknüpft. Es werden **Qualitätszu- und abschläge** bei den Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden.
- Durch den Abschluss von **Qualitätsverträgen** soll erprobt werden, inwieweit sich weitere Verbesserungen der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsstandards und darauf abstellende zusätzliche Anreize erreichen lassen.
- Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des GBA wird zukünftig konsequenter durchgesetzt. Der GBA wird hierbei durch klare gesetzliche Regelungen unterstützt und beauftragt, die jeweiligen Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen in Richtlinien zu konkretisieren.

Zur Stärkung der unmittelbaren **Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung** werden insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Zur zeitnahen Finanzierung von **Mehrkosten**, die aus **Beschlüssen oder Richtlinien des GBA** resultieren und die noch nicht bei der DRG- Kalkulation und bei der Verhandlung von Landesbasisfallwerten berücksichtigt werden konnten, wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenhausindividuellen Zuschlägen geschaffen.
- Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von **Sicherstellungszuschlägen**, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendekkend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, werden präzisiert.
- Krankenhäuser, die an der **stationären Notfallversorgung** teilnehmen, erhalten in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Notfallstrukturen zu differenzierende **Zuschläge**. Für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser ist ein Abschlag vorzusehen.
- Die Spannweite der **Landesbasisfallwerte** wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den Basisfallwertkorridor vermindert.
- Das Statistische Bundesamt ist weiterhin mit der Ermittlung eines sachgerecht ermittelten **Orientierungswerts** beauftragt. Sobald bestehendem Weiterentwicklungsbedarf Rechnung getragen wurde, wird geprüft, ob der volle Orientierungswert als Obergrenze für den Zuwachs der Landesbasisfallwerte und die Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Anwendung findet.
- Eine repräsentative Kalkulationsgrundlage für die bundeweiten stationären Entgeldsysteme wird anstelle der heutigen freiwilligen Kalkulationsteilnahme aufgebaut.
- Mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten sollen analysiert und geeignete Maßnahmen zum Abbau bestehender Übervergütungen ergriffen werden.

Zur **Neuausrichtung der Mengensteuerung** sind insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

- In einer ersten Stufe werden zunächst flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Mengensteuerung vorgenommen. Dazu gehören die auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ab dem Jahre 2016 anwendbaren Regelungen des GBA zur **Einholung von Zweitmeinungen** bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen und die vom GBA

festzulegenden Rahmenbedingungen für Qualitätszu- oder abschläge. Zudem haben ab dem Jahr 2016 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für das DRG-System 2017 die **Bewertung** bei Leistungen mit **wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken** oder abzustaffeln.
- In einer zweiten Stufe erfolgt für das Jahr 2017 die **Ebenenverlagerung** der Mengensteuerung von der Landes- **auf die Krankenhausebene**. Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert wird daher aufgehoben. Stattdessen werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt.

Zur Verbesserung der **Versorgungsstrukturen** wird ein **Strukturfonds** eingerichtet:
- Die Länder führen die Krankenhausplanung im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durch und haben die Investitionskosten für die von der Planung umfassten Krankenhauskapazitäten in notwendigem Umfang bereitzustellen. Zu dieser Verpflichtung haben sich die Länder in den am 05.12.2014 verabschiedeten Eckpunkten zu einer Krankenhausreform bekannt.
- Um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voran zu bringen, werden in einem **Strukturfonds** einmalig Mittel in Höhe von **500 Millionen Euro** aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die **Länder den gleichen Beitrag** leisten. Die Länder haben sich dazu verpflichtet, diese Mittel zusätzlich bereitzustellen. Die Länder werden mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung beibehalten und um die Landesmittel zur Finanzierung des Strukturfonds zusätzlich erhöhen.
- So wird **maximal ein Volumen in Höhe von 1 Milliarde Euro** für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, sowie die Umwandlung von Krankenhäuser in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen zu fördern. Die Fördergelder werden den Krankenhäuser nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugute kommen.
- Ende 2018 wird der Fonds auf der Grundlage eines Zwischenberichts im Hinblick auf den bewirkten Strukturwandel und die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Förderung überprüft.

Alternativen

Keine

Positionierungen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der Krankenhausdirektoren und auch der Verband der Leitenden Krankenhausärzte e.V. haben mit Pressemeldungen eine erste globale Positionierung zu dem Referentenentwurf vorgenommen.
Diese Pressemitteilungen sind nachfolgend abgedruckt:

Positionierung: DKG zum Referentenentwurf der Krankenhausreform

Große Koalition verfehlt eigene Ziele deutlich

Berlin, 29. April 2015

„Anspruch und Wirklichkeit klaffen bei dem vorgelegten Reformkonzept noch weit auseinander. Das erklärte Ziel der Reform war, dass die Krankenhäuser auch in Zukunft eine hohe medizinische Qualität bieten können sowie sicher und gut erreichbar sind“, erklärt der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Thomas Reumann, zum jetzt vorgelegten Referentenentwurf. „Qualität, Sicherheit und Erreichbarkeit kann es nur geben, wenn in den Krankenhäusern genügend gut ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte tagtäglich daran arbeiten können und ihre Gehälter auch finanziert werden. Außerdem müssen die Krankenhäuser baulich und mit ihrer Ausstattung auf dem neuesten Stand sein, um die steigenden Anforderungen an Qualität und Hygiene erfüllen zu können. An der Reform gibt es noch massiven

Änderungsbedarf, ehe sie für die Krankenhäuser akzeptabel ist“, erklärt Reumann weiter.

Denn die Reform helfe nicht dabei, die Lohnerhöhungen des Personals, die ambulante Notfallversorgung oder die Investitionen zu finanzieren. Stattdessen soll es zusätzliche Dokumentationen und Kontrollen geben. „Die Zeit für mehr Bürokratie fehlt den Ärzten und Pflegekräften dann am Patientenbett und trägt ganz sicher nicht dazu bei, die medizinische Versorgung zu sichern“, so Reumann.

„Inakzeptabel sind die neu vorgesehenen Kürzungen bei der ohnehin unzureichenden Krankenhausvergütung“, erklärt der DKG-Präsident. „Die Regelfinanzierung muss sicherstellen, dass die Tarifsteigerungen für die 1,2 Millionen Beschäftigen von den Krankenhäusern bezahlt werden können. Das – und nicht auch noch Verschlechterungen – muss die Reform leisten.“ Stattdessen soll der Versorgungszuschlag von 0,8 Prozent ab 2017 ersatzlos wegfallen und von den sowieso schon zu niedrigen Krankenhauspreisen auch noch Produktivitätssteigerungen, vermutete Fehlbelegungen und ambulantes Potential abgezogen werden. Punktuelle Verbesserungen bei der Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren, bei Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse oder Sicherstellungszuschläge, heilen diese Verschlechterungen nicht.

„Eines der Kernelemente der Reform, die Abkehr von der Systematik, dass der Preis für alle Krankenhäuser abgesenkt wird, wenn die Zahl der Patienten in einzelnen Krankenhäusern steigt, erweist sich bei genauerem Hinsehen als Mogelpackung“, moniert Reumann. Die Politik habe diese Systematik zwar als großen Fehler des Finanzierungssystems erkannt, reagiere aber nur halbherzig, weil diese sogenannte „doppelte Degression“ erst ab 2017 und auch nur teilweise abgeschafft werden solle. „Zudem werden neue Kürzungen in die Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte eingebracht. Weiter werden die Abschläge auf die Vergütung von zusätzlichen Leistungen für das einzelne Krankenhaus so hoch angesetzt, dass es unattraktiv ist, überhaupt zusätzliche Leistungen zu erbringen. Der medizinische Fortschritt, die Lasten der demographischen Entwicklung und die rasante Zunahme von Demenzerkrankungen können so nicht finanziert werden.“

„Qualität, Sicherheit und Hygiene brauchen eine gute Bausubstanz und moderne medizinische Geräte“, so Reumann. Die Investitionskosten müssten ohne Wenn und Aber finanziert werden und dafür gebe es im Reformentwurf bisher keinerlei Ansatz. „Wenn Bund und Länder gemeinsam an einer Krankenhausreform arbeiten, sitzen alle für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser Verantwortlichen am Tisch, und ich erwarte von ihnen ein solides Konzept. Herausgekommen ist bisher allerdings nichts. Das ist mehr als enttäuschend“, macht Reumann deutlich.

Die Krankenhäuser unterstützen die Qualitätsoffensive der Reform. Qualität ist seit jeher die Kernkompetenz der Krankenhäuser. Die Berücksichtigung von Qualitätskriterien bei der Krankenhausplanung ist eine sinnvolle Weiterentwicklung der Instrumente. Auch wollen die Krankenhäuser die Qualitätstransparenz für die Patienten erhöhen. Zu warnen ist aber vor den Qualitätsabschlägen. Erfolgsabhängige Vergütungsabschläge gibt es in keinem Bereich der Medizin in Deutschland. Die Koalition sollte die sachlich fundierte Ablehnung aller Verbände des Gesundheitswesens einschließlich der Krankenkassen ernst nehmen.

„Die Politik sollte aufhören, Probleme zu lösen, die keine sind und sich den Problemen zuwenden, die uns unter den Nägeln brennen“, fasst Reumann abschließend zusammen.

Pressestelle:
Wegelystraße 3, 10623 Berlin
SEKRETARIAT: Stephanie Gervers
Telefon: 030 / 39801-1021, Fax: 030 / 39801-3021
E-Mail: pressestelle@dkgev.de, www.dkgev.de

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.

Positionierung VKD

Statt mehr Qualität gibt es mehr Misstrauen, Bürokratie und Mittelkürzungen

VKD: Referentenentwurf für Krankenhausreform ist Augenwischerei

Berlin, den 30.04.2015

„Das hätten sich Bund und Länder sparen sollen! Der Referentenentwurf für eine Krankenhausreform führt vor allem zur Kürzung von Mitteln, aus Misstrauen resultierender „Kontrollitis“, zu überbordender Bürokratie und Strafandrohungen. Vor allem aber bietet er – trotz besseren Wissens – keine Lösung für das, was die Krankenhäuser tatsächlich gefährdet: Die Schieflage der Krankenhausfinanzierung insgesamt. Im Gerangel um die Investitionsfinanzierung der Kliniken zwischen Bund und Ländern drohen Einschränkungen in der Behandlungsqualität, Patientenorientierung und Zugangsqualität zur stationären Versorgung, deren Verbesserung gerade das Ziel der Reform sein sollte. Krankenhäuser und Beschäftigte in den Kliniken sind enttäuscht von diesem unausgewogenen Reformpaket“, kommentiert der Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), Dr. Josef Düllings.

Das Krankenhausmanagement muss feststellen, dass die Argumente und Vorschläge der Krankenhäuser in den Wind geschlagen wurden. Die von den Krankenkassen-Lobbyisten gepflegte Misstrauenskultur treibt Blüten bis in die Gesetzgebung hinein. Das postulierte Ziel einer flächendeckend sicheren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung auch für die Zukunft wird von Bund und Länder verspielt:

- Das Pflegestellen-Förderprogramm repariert marginal die Schäden, denen der Gesetzgeber mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 und der massiven Einschränkung des Finanzrahmens selbst den Boden bereitet hat.
- Den Krankenhäusern wird weisgemacht, dass die sogenannte doppelte Degression, mit der der Krankenhausbranche in den vergangenen Jahren massiv finanzielle Mittel entzogen wurden, abgeschafft werden soll. Schaut man sich die Regelungen genau an, läuft es eher auf eine Verdoppelung der Degression vor Ort und eine Bestrafung der leistungsstarken Krankenhäuser hinaus. Das ist Augenwischerei.
- Vollends absurd ist der Reformansatz an der Stelle, an der Kliniken, die besonders hohe Qualität liefern und dadurch mehr Patienten anziehen, mit jahrelangen Abschlägen für diese Mehrleistungen rechnen müssen. Also auch hohe Qualität wird bestraft.
- Völlig ausgeblendet wird zudem, dass Krankenhäuser schon jetzt einen steigenden Versorgungsbedarf zu bedienen haben. Die Ursache liegt nicht nur im teilweisen Rückzug niedergelassener Ärzte aus der Gesundheitsversorgung, der unter anderem zu einer Überlastung der klinischen Notfallambulanzen führt, sondern auch darin, dass die Babyboomer verstärkt in die behandlungsrelevanten Altersjahrgänge kommen und der medizinisch-technische Fortschritt viele patientenschonendere, aber auch teurere Verfahren in die Regelversorgung bringt. Zudem dürften die Kliniken auch infolge des Qualitätswettbewerbs und steigender Ansprüche von Patienten und niedergelassenen Ärzten in Zukunft eher mehr als weniger Patienten zu versorgen haben. Dies sind Erfahrungen aus der Praxis, die in der Politik offenbar noch nicht angekommen sind.
- Weiterhin soll der Versorgungszuschlag von 0,8 Prozent für die Krankenhäuser, den die Vorgängerregierung beschlossen hatte, mit einem Volumen von rund 500 Millionen Euro pro Jahr, künftig entfallen.

Dies sind nur einige Beispiele aus dem „Gruselkabinettstück“ von Bund und Ländern, das Gesetzeskraft erlangen soll. „Das Signal, das sie damit nicht nur an die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter, sondern auch an die Bürger dieses Landes aussenden, ist fatal: Gesunde, finanziell stabile Krankenhäuser sind uns nicht wichtig. Seit 2011 schreiben

infolge einer verfehlten Gesetzgebung rund 40 bis 50 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen, während auf Krankenkassenseite Überschüsse in Milliardenhöhe weiterhin aufgehäuft werden und der Bundeswirtschaftsminister kürzlich die Wachstumsprognose für das Bruttoinlandsprodukt wieder einmal nach oben korrigiert hat. Wie lange soll die Benachteiligung der Krankenhäuser noch weitergehen? Wie lange können die Klinikmitarbeiter den rund 40 Millionen Patienten diese unnötigen und künstlichen Einschränkungen noch erklären?", so Josef Düllings.

Beste Qualität braucht entsprechende Rahmenbedingungen und motivierte Menschen, die sich wertgeschätzt fühlen und in diesen Rahmenbedingungen arbeiten können. Kontrollen, Strafen und Mittelkürzungen tragen nichts dazu bei. Im Gegenteil. Sie verschärfen die Situation, die ohnehin schwierig genug ist. Vorschlag des VKD daher: Noch einmal neu nachdenken. Und vor allem: Ratschläge aus der Praxis nicht in den Wind schlagen. Heutige Versäumnisse holen uns alle in der Zukunft ein, dann aber mit größerer Wucht!

Pressekontakt:
VKD-Geschäftsstelle Berlin
Tel.: 030 / 28885912
E-Mail: vkdgs@vkd-online.de
Pressesprecher Dr. Falko Milski, Geschäftsführer
Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH
Telefon: 03821 700100
E-Mail: f.milski@bodden-kliniken.de

Positionierung VLK

„Gesetzentwurf zur Ausdünnung der Krankenhauslandschaft"

Als Gesetzentwurf zur Ausdünnung Krankenhauslandschaft hat Professor Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), den am 28.04.2015 publizierten Referentenentwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes bezeichnet.

Nach Einschätzung des VLK verfehlt der Referentenentwurf das angestrebte Ziel, die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung so weiterzuentwickeln, dass auch in Zukunft eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann.

Weiser: „Das Gesetz verfolgt zweifelsohne die Intention, unter dem Deckmantel der Qualität eine Ausdünnung der Krankenhauslandschaft zu bewirken, d.h. die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung neu zu definieren."

Die Krankenhäuser sollen künftig mit Qualitätsindikatoren „vermessen" werden. Diese Qualitätsindikatoren sollen in Jahresfrist durch nachgeordnete Institutionen (G-BA) erarbeitet werden. Es sei zu bezweifeln, dass diese Qualitätsindikatoren konsensfähig und justitiabel seien.

Als Konsequenz drohe den Krankenhäusern bei Nichterreichen der willkürlich festgelegten Qualitätsindikatoren das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan oder die Nichtaufnahme in diesen, ohne dass die jeweiligen Landes-oder Kommunalpolitiker Verantwortung für Krankenhaus-Schließungen übernehmen müssen.

Mehr noch: Reiche der Befund der Leistungsbewertung eines Krankenhauses hierfür nicht aus, kontrolliere der MDK solange, bis Negativ-Feststellungen gefunden werden, die zu der gleichen Konsequenz führten.

Auf der anderen Seite werde der Finanzrahmen der Krankenhäuser beschnitten: Abschläge drohten bei „Untererfüllung" der sogenannten Qualitätsindikatoren. Nichtzahlung drohe bei Unterschreitung der Mindestmengen. Sicherstellungszuschläge seien nur zu erwarten, wenn andere Krankenhäuser diese Leistungen nicht ohne Zuschlag erbringen könnten. Die ab dem Jahre 2017 anzuwendenden Fixkosten-Degressionsabschläge bei zusätzlichen Leistungen, die wirtschaftlich begründet erscheinen, machten die vorgesehenen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute Leistungen zu einem „Null-Summen-Spiel".

Laut Weiser ist es fraglich, ob dieser Referentenentwurf einen Anreiz für die Krankenhäuser setze, qualitativ optimierte Leistungen zu erbringen, da Krankenhäuser, die aufgrund ihrer guten Qualität einen höheren Zulauf verzeichneten, mit Vergütungsabschlägen durch die Absenkung der Bewertungsrelationen für zusätzliche Leistungen bestraft würden.

Kontakt:
Dipl.-Volksw. G. Norden, Hauptgeschäftsführer
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/454990, Fax.: 0211/ 451834
E-Mail: info@vlk-online.de, www.vlk-online.de

Stellungnahme des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK ev.)

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

1. Allgemeines

Den einführenden Bemerkungen des BMG zu dem im Betreff genannten Referentenentwurf zufolge setzen sich Bund und Länder mit diesem Referentenentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes für eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards und für eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser ein. Sie gestalten gemeinsam die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge.

Dies vorgegebene Zielsetzung – Weiterentwicklung der qualitativen Standards und die nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser – werden nach Einschätzung des VLK mit den im Entwurf vorgesehenen Regelungen nicht erreicht werden können:

Einerseits sollen die Krankenhäuser mit Qualitätsindikatoren „vermessen" werden. Diese Qualitätsindikatoren sollen in Jahresfrist durch den GBA unter Beteiligung des Instituts n. § 137a (IQTiG) erarbeitet werden. Es darf bezweifelt werden, dass diese Qualitätsindikatoren insbesondere bei den bekannten unausgewogenen Stimmenverhältnissen von Kostenträgern und Leistungserbringern im GBA und einem noch längere Zeit nicht oder nur eingeschränkt arbeitsfähigen Institut, der Aufgabe angemessen und medizinisch sachgerecht erarbeitet werden. Es muss befürchtet werden, dass – wie in der Vergangenheit bereits mehrfach geschehen – Indikatoren beschlossen werden, deren vordergründiges Ziel es ist, Krankenhäuser durch überzogene Strukturvorgaben aus der Versorgungskette auszuschließen und nicht die Qualität der Versorgung zu fördern.

Da als Konsequenz Krankenhäusern bei Nichterreichen der Qualitätsindikatoren das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan oder die Nichtaufnahme in diesen droht, muss auch bezweifelt werden, ob derartige „evidenzbasierte" und die konträren Positionen der abstimmungsberechtigten Bänke im GBA wiederspiegelnden „s.g. Qualitätsindikatoren" das politisch angestrebten Ziel einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung erreichen helfen bzw. konsensfähig und justitiabel sein werden.

Mehr noch: Reicht der Befund der Leistungsbewertung eines Krankenhauses hierfür nicht aus, ist zu befürchten, dass der MDK solange kontrolliert, bis Negativ-Feststellungen gefunden werden, die zu der gleichen Konsequenz führen.

Andererseits wird der Finanzrahmen der Krankenhäuser beschnitten: Abschläge drohen bei „Untererfüllung" der Qualitätsindikatoren. Nichtzahlung droht bei Unterschreitung von ebenfalls „evidenzbasierten" d.h. wissenschaftlich nicht untermauerten Mindestmengen.

Sicherstellungszuschläge sind nur zu erwarten, wenn andere Krankenhäuser diese Leistungen nicht ohne Zuschlag erbringen können.

Der Gesetzentwurf enthält außerdem einen Widerspruch in sich: Einerseits soll die Qualität der Leistungen gesteigert werden. Andererseits werden Krankenhausträger, die aufgrund ihrer guten Qualität einen höheren Zulauf verzeichnen, ggf. mit Vergütungsabschlägen durch die Absenkung der Bewertungsrelationen bestraft!

In der Gesamtschau erscheint dem VLK die Intention des Verordnungsgebers mehr als deutlich, unter dem Deckmantel der Qualität eine Ausdünnung der Krankenhauslandschaft herbeizuführen.

2. Zu einzelnen Vorschriften

2.1
Artikel 1: Änderung des KHG Hier: Ziffer 2 (§6 Abs. 1a neu)

Nach den vorgesehenen Regelungen sollen die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplanes der Länder werden. Durch Landesrecht können die Länder jedoch die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken.

Der VLK geht davon aus, dass einige Landesregierungen von der Möglichkeit des Ausschlusses der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus ihrem Krankenhausplan Gebrauch machen werden. Von daher ist zu befürchten, dass sich – im Hinblick auf die vom G-BA beschlossenen Empfehlungen der Qualitätsindikatoren – eine ungleichgewichtige Weiterentwicklung der stationären Versorgung in den einzelnen Bundesländern ergeben wird. Krankenhäuser haben je nach regionalem Standort unterschiedliche Anforderungen für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan zu erfüllen. Es entsteht eine im Hinblick auf die vorgesehenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „fleckige" Krankenhauslandschaft, die eine bundesweite Vergleichbarkeit erschwert oder unmöglich macht.

2.2
Artikel 1: Änderung des KHG Hier: Ziffer 3 (Änderung des § 8 Abs. 1a und 1b)

§ 8 Abs. 1a KHG sieht vor, dass Krankenhäuser, die – gemessen an den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA – nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden dürfen. Die Regelung des § 8 Abs. 1b gibt vor, dass Plan-Krankenhäuser, die bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

Hierzu ist anzumerken, dass der G-BA planungsrelevante Indikatoren zur Struktur- ,Prozess- und Ergebnisqualität bis zum 31.12.2016 beschließen soll. Es wird nicht möglich sein, in dieser kurzen Zeitspanne rechtssichere, fundierte und konsentierte Indikatoren für Ergebnisqualität zu erarbeiten. Indikatoren für die Struktur-und Prozessqualität sind möglichweise schneller bereitzustellen. Sie beinhalten aber vor allem kostenintensive Vorgaben im Personal-und Sachbereich, die vor dem Hintergrund der bereits seit Jahren zu konstatierenden Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich wie auch im Bereich der Investitionsfinanzierung und unzureichendem Personalangebot nicht erfüllt werden können. Werden diese Indikatoren jedoch zum Maßstab für die Aufnahme oder den Verbleib der Krankenhäuser im Krankenhausplan vorgegeben, dann ist die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft programmiert.

Der VLK plädiert deshalb für die ausschließliche Festlegung von Indikatoren der Ergebnisqualität als Maßstab für den Verbleib oder die Aufnahme der Krankenhäuser in die Kette der Leistungserbringer. Dies bedingt eine ausreichende Zeitspanne, um diese Qualitätsindikatoren als planungsrelevante und rechtssichere Vorgaben zu entwickeln.

2.3
Artikel 1: Änderung des KHG Hier: Ziffer 5 (§ 12 neu)

Zum Abbau von Überkapazitäten und zur Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sieht § 12 die Einrichtung eines Strukturfonds vor. Dieser ist mit 500 Millionen € ausgestattet. Aus diesem Fonds kann jedes Land einen genau definierten Anteil abrufen, um sein stationäres Versorgungsangebot neu zu strukturieren.

Diese geplante Gesetzesvorschrift ist vom Ansatz her positiv zu bewerten. Dies wird jedoch durch die Bedingung relativiert, dass die Länder mindestens die Hälfte der förderungsfähigen Kosten der geplanten Umstrukturierungsmaßnahmen selber tragen.

Vor dem Hintergrund der Haushaltslage der Bundesländer ist jedoch zu befürchten, dass die im Strukturfonds vorgesehenen Mittel in Höhe von 500 Millionen € nur unzureichend abgerufen werden, da die Bundesländer sich vor dem Hintergrund ihrer Haushaltslage schwertun dürften, korrespondierende Förderbeträge aus dem eigenen Budget hier einzubringen.

Von daher ist zu befürchten, dass dieses für die Umstrukturierung der Versorgungslandschaft im stationären Bereich vorgesehene Instrument nicht die gewünschte Wirkung entfalten wird. Dies ist um so beklagenswerter, als die derzeitige Investitionspolitik der Bundesländer für den Bereich der stationären Versorgung völlig unzureichend ist, um Krankenhäuser im erfor-

derlichen Maße an den medizinisch-technischen Fortschritt anzupassen und von der Investitionsseite her ein qualitativ hohes Niveau der Krankenhausversorgung sicherzustellen.

2.4
Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Hier: Ziffer 4 (neuer § 4 Abs. 2b)

Absatz 2b des § 4 KHEntgG schreibt vor, bei Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017 den Fixkostendegressionsabschlag anzuwenden. Ein höherer Abschlag ist zu vereinbaren für Leistungen, bei denen in erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind.

Mit diesen vorgesehenen Regelungen werden ab 2017 die bisherigen Mehrleistungsabschläge durch Fixkostendegressionsabschläge abgelöst. Die Mindesthöhe der vor Ort zu vereinbarenden Fixkostendegressionsabschläge soll auf der Landesebene festgelegt werden. Dies soll „aufwandsneutral" erfolgen, d.h. im Vergleich zur bisherigen Degression sollen keine Mehrkosten entstehen. Abweichend von der auf Landesebene festgelegten Mindesthöhe können die Vertragsparteien vor Ort einen höheren Abschlag vereinbaren. Dies gilt auch für zusätzliche Leistungen, bei denen in erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlensteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind.

Gerade die letztgenannte Möglichkeit erscheint aus Sicht des VLK problematisch. Die unbestimmten Rechtsbegriffe „in erhöhten Maße" und der nicht näher definierte Begriff „wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen" öffnen bei den Gesprächen der Vertragsparteien vor Ort die Tür zu einer Fülle strittiger Verhandlungen. Außerdem steht diese vorgesehene Regelung nach Einschätzung des VLK im Widerspruch zu der Intention des Verordnungsgebers, gute Qualität für Leistungen der Krankenhäuser zu fördern: Krankenhäuser, die aufgrund ihrer guten Leistungsqualität eine höhere Fallzahl zu verzeichnen haben, werden – da die Abgrenzung zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen nicht eindeutig möglich sein wird – durch Vergütungsabschläge bestraft. Außerdem wird dadurch das in § 17b Abs. 1a KHG vorgesehene Instrument der Zuschläge für außerordentlich gute Qualität der Krankenhausleistungen wieder ausgehebelt.

Es ist zu vermuten, das per Saldo im günstigsten Fall ein „Null-Summen-Spiel" zu erwarten sein wird. Dies bedeutet konkret, dass für Krankenhäuser nicht wirklich ein zusätzlicher Anreiz zur Erbringung von Leistungen mit außerordentlich guter Qualität besteht.

2.5
Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Hier: Ziffer 5b (Änderung des § 5 Abs. 2 KHEntgG)

Die Regelung des neu gefassten § 5 Abs. 2 sieht vor, dass Sicherstellungszuschläge vereinbart werden können, die zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen dienen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind.

Diese vorgesehene Regelung ist zunächst positiv zu bewerten. Sie wird allerdings wieder konterkariert durch die im gleichen Absatz aufgeführte Bedingung, dass bei der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auch zu prüfen ist, ob die Leistung durch ein anders geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann.

Nach Einschätzung des VLK ist diese einschränkende Voraussetzung kontraproduktiv zum ursprünglich geplanten Regelungsansatz: Der Sicherstellungszuschlag soll nur dann vereinbart werden können, wenn nicht ein anders Krankenhaus aufgespürt werden kann, das im Stande ist, diese Leistungen ohne Zuschlag zu erbringen. Dies wird – da keine Angabe über den Mindestradius, in dem dieses vergleichbare Krankenhaus angesiedelt sein muss - im Zweifel zu benennen sein. Allerdings nur auf Kosten einer weiteren Entfernung, so dass hier der ursprüngliche Ansatz der Sicherstellung der Versorgung auch in der dünnbesiedelten Fläche wieder ausgehebelt wird.

2.6
Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Hier: Ziffer 8b (Änderung des § 8 Abs. 4 KHEntgG)

§ 8 Abs. 4 legt fest, dass ein Krankenhaus für die jeweilige Leistung kein Entgelt berechnen darf, wenn es die Vorgaben für Mindestmengen unterschreitet.

Die sogenannten Mindestmengen werden gem. § 136b SGB V vom G-BA festgelegt. Der G-BA fasst Beschlüsse über einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behand-

lungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist und Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses.

D.h. konkret, dass Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt und /oder je Standort eines Krankenhauses vorgegeben werden sollen. Wird – wie im Referentenentwurf vorgesehen – eine Mindestmenge für eine bestimmte Leistung persönlich an einen zu benennenden Arzt eines Krankenhauses gekoppelt, dann darf diese Leistung ausschließlich von diesem spezifischen Arzt erbracht werden. Im Urlaubsfalle, bei Krankheit oder Abwesenheit zu Fortbildungszwecken kann das Krankenhaus in Abhängigkeit von der Höhe der festgelegten Mindestmenge diese Leistung möglicherweise nicht mehr anbieten. Insbesondere im Krankheitsfall ist es denkbar, dass der benannte Arzt die vorgegebene Mindestmenge nicht mehr erreichen kann, mit der Konsequenz der dann nicht mehr möglichen Abrechnung aller bisher erbrachten Eingriffe, sofern er unterhalb der für ihn geltenden Mindestmenge bleibt.

Darüberhinaus bedeutet die Kopplung der Mindestmengen einer bestimmten Leistung an einen zu benennenden Arzt, dass die Weiterbildung in erheblichem Ausmaße gefährdet ist, da nach Abarbeitung der als Mindestmenge vorgegebenen Eingriffszahl durch den hierfür benannten Arzt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei leistungsstarken Einheiten nicht genug Eingriffe übrigbleiben, die im Rahmen der Weiterbildung von den Weiterbildungsassistenten erbracht werden müssen.

Beide Faktoren zusammengenommen gefährden einerseits die Rundumversorgung des Krankenhauses und seine Erlössituation und zum anderen die ordnungsgemäße Durchführung der Weiterbildung.

Der VLK plädiert aus diesem Grunde dafür, Mindestmengen für spezifische Leistungen nur an den Standort eines Krankenhauses und nicht personenbezogen an den Arzt zu binden.

2.7
Artikel 4: Änderung des SGB V Hier: Ziffer 14 (neuer § 135c)

Der Referentenentwurf sieht für § 135c folgende Formulierung vor:

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs-und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit Leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, welche die Unabhängigkeit medizinscher Entscheidungen gefährden. Diese Formulierung entspricht weitgehend dem Vorschlag, den VLK und BÄK hierzu übermittelt haben. Allerdings ist der letzte Halbsatz des Textes nach Einschätzung des VLK eine Verschlechterung gegenüber dem aktuellen Gesetzestext zu § 136a SGB V: Der letzte Halbsatz der neuen Textformulierung ist ein Relativsatz und bedeutet, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, nur dann ausgeschlossen sein sollen, wenn dadurch die Unabhängigkeit medizinsicher Entscheidungen gefährdet wird.

Dies heißt konkret, dass in jedem Einzelfall – also bei Zielvereinbarungen für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen – geprüft und in jedem Einzelfall nachgewiesen werden muss, dass sie die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gefährden. Nur dann können diese Zielvereinbarungselemente ausgeschlossen bzw. vom Arzt abgelehnt werden.

Liest man den Text der Begründung hierzu, dann wird deutlich, dass die aufgezeigte „Schwachstelle“ so nicht gewollt ist. Die Begründung des Referentenentwurfes zu diesem § verdeutlicht, dass nach dem Willen des Verordnungsgebers in Zielvereinbarungen Bonuszahlungen nicht nur nicht für Einzelleistungen, sondern auch nicht für Leistungsmengen und Leistungskomplexe vereinbart werden dürfen. Insofern kann durch eine leichte redaktionelle Änderung diese zu Fehlinterpretationen führende Formulierung im letzten Halbsatz des § 135c SGB V beseitigt werden: Es müsste nur vor dem letzten Halbsatz des Gesetzestextes das Komma durch einen Punkt ersetzt werden und dann – wie im ursprünglichen Textvorschlag des VLK und der Bundesärztekammer aufgeführt – der Satz eingefügt werden: „Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinscher Entscheidungen sichern.“

Kontakt:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/ 454990, Fax: 0211/ 451834
E-Mail: info@vlk-online.de, www.vlk-online.de

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber

Wertschöpfung durch Wertschätzung

Führungsrealität in Deutschland

Der Führungsstreit im Aufsichtsrat des Volkswagen Konzerns ist in aller Munde. Für Insider kommt er nicht überraschend. Bereits 2013 berichtete der Spiegel ausführlich über das Führungsverhalten des Vorstandsvorsitzenden Martin Winterkorn. Er regiert mit harter Hand. Er ist mehr als ein Chef, er ist ein Herrscher. Von Demokratie und Führungsprinzip hält Winterkorn nichts. Das stört die Kommunikation auch mit leitenden Mitarbeitern erheblich. So wird er über Probleme, wie sie im USA-Geschäft sich seit Jahren abzeichnen immer spät informiert. Mal sind es die falschen Farben, mal die falschen Modelle für den Markt. Winterkorn erfährt es als letzter und entlässt als erstes den Amerika Chef, statt sich gemeinsam mit ihm der Probleme in Kommunikation und Modellwahl anzunehmen. Martin Winterkorn und Ferdinand Piech wollten den größten Autokonzern der Welt bauen, aber das scheitert jetzt wahrscheinlich an ihrer größten Baustelle der Konzernkultur. Angst regiert im Konzern, aber die Diktatur wurde lange akzeptiert, weil Piech und Winterkorn sich in ihrem Führungsverhalten ziemlich gleichen und gegenseitig stützten. Angeblich wurde das geduldet, weil sie gute Techniker sein und die Zahlen stimmten. Aber bei den Bilanzen in Wolfsburg selbst gibt es jetzt auch Probleme. Aber wie ist die Führungsrealität sonst in Deutschland? U. Wagner untersuchte das Führungsverhalten von 265 Managern. Nur 35% der Manager pflegen einen integrierenden Führungsstil. 33% sind harte Hunde, auffällig oft unter den jüngeren Aufsteigern unter 45. Sie halten die Diskussion um ethische Richtlinien im Wettbewerb für unrealistisch. Es ist also leider kein Generationenproblem, wie einen die Causa Piech hoffen lassen würde. 23% sind Farblose und vielleicht die Besten.

Eigenschaften einer Führungskraft

Charme, Unerschrockenheit, Risikofreude sind positive Eigenschaften um voran zu kommen. Sie können harte Entscheidungen fällen. Aufmerksamkeit, Konzentration auf ein Ziel gehört zu ihren Stärken. Diese Eigenschaften sind nützlich in der Wirtschaft, im Operationssaal und im Gerichtssaal. Aber sie teilen sie sich mit Psychopathen. Und so überrascht es nicht, dass unter Führungskräften Psychopathen deutlich häufiger anzutreffen sind als in der Normalbevölkerung. Ihnen dienen diese Merkmale um bestimmte Aufgaben besonders gut zu erfüllen, was ihre Karriere fördert, nicht aber ihr Sozialverhalten. Ausführlich beschrieben von Kevin Dutton in seinem Buch Psychopathen. Andere leiden unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung die tiefe Selbstzweifel kompensiert. Sie meinen andere dominieren zu müssen, um sich vor Ihnen zu schützen. Die Lufthansa hat sich ausführlich mit Hierarchieebenen beschäftigt, um eine optimale Kommunikation zwischen den Piloten sicherzustellen. Eine flache Hierarchie hat sich als optimal herausgestellt, eine Dominanz des Copiloten oder Oberarztes ist ebenso schädlich, wie eine zu steile Hierarchie, in der

der Copilot dem Chef nur noch die Tasche trägt, aber auch in kritischen Momenten bei Fehlentscheidungen nicht widerspricht. Hierdurch entstand einer der größten Flugkatastrophen, weil der junge Copilot dem Chefpilot der KLM nicht zu widersprechen wagte, als dieser von einer Flugfreigabe ausging, die auf einem Missverständnis zwischen Tower und Cockpit bei Verständigungsproblemen beruhte. Für eine Fehlervermeidung ist ein adäquates Arbeitsumfeld nötig. Mitarbeiter von dominanten Führungskräften finden nicht den Mut auf Defizite in Prozessen hinzuweisen und holen keinen Rat. Wer so führt, erträgt keinen Widerspruch, hat selbst Angst, provoziert durch sein Führungsverhalten aber Fehler. Ausgeprägte Hierarchie, wie sie der ein oder andere so liebt, verhindert also Kommunikation und Fehlervermeidung. Führungsanforderungen sind klare Zielvorgaben, Respekt, Wertschätzung, Moderation und Motivation. Entscheidungen müssen transparent und nachhaltig sein. Die Kommunikation hat eine Sach- und Gefühlsebene. Die Kenntnis darüber ist oft entscheidend im Konfliktmanagement. Eine Vorbildfunktion sollte ein Selbstverständnis sein. Alle diese Eigenschaften sind nicht angeboren, aber erlernbar, sofern man nur will.

Kommunikation und Konfrontation zwischen Chefärzten und der Krankenhausgeschäftsleitung

In einer vom BDC mit Unterstützung des VKD und VLK durchgeführten Umfrage wurde diese wichtige Managementschnittstelle untersucht. 2011 geschah dies bei den Chefärzten, 2013 bei den Klinikmanagern. Es lagen also zwei Jahre zwischen den Umfragen und man muss davon ausgehen, dass sich bei der Dynamik im Gesundheitswesen in dieser Zeitspanne schon Veränderungen ergeben haben. Der Bereich Krankenhaus ist besonders anspruchsvoll in diesem Zusammenhang, da trotz der hohen Ansprüche an Ethik und Qualität der Behandlung, die Institution Krankenhaus von der Politik bewusst unterfinanziert wird. Umso wichtiger ist die gute Zusammenarbeit zwischen leitenden Ärzten und Geschäftsführern für den Erfolg bzw. das wirtschaftliche Überleben. Gut 500 Führungskräfte aus beiden Gruppen im Durchschnittsalter um die 50 Jahre antworteten. Sie waren sich einig, dass gute Führung der Schlüssel zum Erfolg ist und Kommunikation dabei entscheidend. Wirtschaftlich erfolgreiche Kliniken arbeiten mit diesen Tools. Wertschätzung und Respekt ist ein Garant der Wertschöpfung. Es ist eine Symbiose aus Wirtschaftlichkeit, Qualität und Umgangsformen festzustellen. Hier stellt sich natürlich die Frage wer ist die Henne und wer ist das Ei. In einem Unternehmen mit zufriedenstellenden Ergebnissen sind die Themen weniger stressig und konfliktgeladen und die Stimmung entsprechend entspannter. Es bleibt das etwas überraschende Ergebnis, dass die Manager die Chefärzte besser beurteilen als umgekehrt. Das heißt die Chefärzte sehen die fachliche Kompetenz der Manager deutlich häufiger kritisch und hegen Misstrauen und klagen über fehlende Wertschätzung. Die mögliche Erklärung sieht man in der Studie auch dem Umstand geschuldet, dass Chefärzte und Geschäftsführer keine gleichberechtigten Partner in der Klinikführung sind und die Letztentscheidung bei dem geschäftsführenden Direktor liegt. Dies berechtigt nach Aussage eines führenden Mitglieds des VKD aber nicht ständig Unsinniges zu entscheiden. Es erklärt aber vielleicht den höheren Leidensdruck der Mediziner, die zwar Chefärzte, aber keine leitenden Angestellten sind.

Vorschläge des VLK zur Verbesserung der Kommunikation

Chefärzte und Klinikgeschäftsführer sind keine geborenen Gegner. Beide sind humanitären Grundwerten verpflichtet. Der Beweis wird spätestens bei der Vereinbarung von Zielvereinbarungen erbracht. Keiner ist hauptverantwortlich für die Wertschöpfung der Klinik. Das Selbstbildnis einiger Geschäftsführer und Chefärzte bedarf deshalb einer Korrektur. Im Interesse des Ganzen sollten die „Alpha Tiere“ ihr Ego zurücksetzen und stattdessen versuchen die Motive und Argumente des Gegenüber zu verstehen und zu würdigen. Das heißt auch zu lernen, einmal im Dissens getroffene Entscheidungen zu akzeptieren. Dann haben hoffentlich die Zeiten ein Ende, in denen beide vorwiegend über Fehlverhalten, Defizite, Egoismus und Großmannssucht des Gegenübers klagen. Leading by Results erfordert ein optimales, auf Offenheit und Kooperation basierendes Zusammenspiel von Geschäftsführung und Chefärzten. Wenn der Ökonom nicht mehr nur über die wirtschaftlichen Gefahren und der Mediziner über die gesundheitlichen Risiken sprechen und beide auf Augenhöhe reden, ist viel erreicht. Im Streitfall sollte man die Öffentlichkeit und die Medien außen vor lassen, da diese meist nicht zur Klärung sondern zum Gegenteil beitragen. Wenn all dies beachtet wird, führt Wertschätzung zu Wertschöpfung.

RA Norbert H. Müller

Der Rechtsrat – kurz und bündig

Abrechnung von GOÄ–Ziffern bei telefonischer Beratung

Fragestellung:

In unserer alltäglichen Arbeit stellt sich wiederholt die Frage, inwieweit die GOÄ Ziffer 4 auch bei telefonischer Beratung gegenüber den jeweiligen Bezugspersonen abgerechnet werden kann.

Dies wird von verschiedenen Versicherungen wohl unterschiedlich gehandhabt und zumeist verweigert. Zumindest stellt sich ergänzend die Frage, inwieweit in solchen Fällen dann unter Umständen die GOÄ Ziffer 3 bei einer telefonischen Beratung von Angehörigen / Bezugspersonen abrechenbar ist.

Antwort:

1.

Der Verordnungstext der GOÄ-Ziffer 4 lautet wie folgt:

„Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken –

Die Leistung nach Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Die Leistung nach Nr. 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 802, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig."

Der Wortlaut der Vorschrift sieht also keine telefonische Beratung vor. Aus diesem Grund käme allenfalls eine analoge Heranziehung der Vorschrift in Frage. Hierzu müsste eine planwidrige Regelungslücke vorhanden sein, d. h. der Verordnungsgeber müsste in diesem Fall vergessen haben, auch in der GOÄ-Ziffer Nr. 4 die Möglichkeit der telefonischen Beratung zu regeln.

Da der Verordnungsgeber in den GOÄ-Ziffern 1 und 3 jeweils eine telefonische Beratung vorgesehen hat, in der GOÄ-Ziffer Nr. 4 jedoch nicht, ist kaum anzunehmen, dass er versehentlich eine solche Regelung in der GOÄ-Ziffer 4 nicht getroffen hat.

Auch wenn im Internet von einigen Abrechnungsfirmen die Ansicht vertreten wird, die GOÄ Ziffer 4 könne auch bei telefonischer Leistungserbringung abgerechnet werden, wurde dies weder durch die Rechtsprechung noch die Verfasser der einschlägigen GOÄ-Kommentare bestätigt und ist somit kaum begründbar.

2.

Da der Verordnungsgeber jedoch eine telefonische Beratung in den GOÄ-Ziffern 1 und 3 ausdrücklich vorgesehen hat, stellt sich die Frage, ob nicht die erfolgte Beratung von Bezugspersonen über die GOÄ-Ziffern 1 und 3 abgerechnet werden kann oder ob dort ausschließlich die Beratung des Patienten in Person

Norbert H. Müller

gemeint ist.

Der Wortlaut des Verordnungstextes sieht weder ausdrücklich die Beratung des Patienten noch einer Bezugsperson vor. Eine solche Klarstellung ist jedoch auch nicht nötig, da ein Arzt-Patienten-Verhältnis in der Regel nur zwischen dem Arzt und dem Patienten besteht. Das Arzt-Patienten-Verhältnis bildet sozusagen den Grundfall, der der gesamten GOÄ zugrunde liegt. Ist ausnahmsweise eine Behandlung von mehreren Patienten oder wie in GOÄ-Ziffer Nr. 4 festgelegt, die Beratung von Bezugspersonen möglich, wird dies in der GOÄ ausdrücklich erwähnt.

Liegt aber eine Vertretung des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter (Bsp.: Betreuer, Eltern) oder einen durch Rechtsgeschäft bestellten Vertreter (Bsp.: Vorsorgebevollmächtigter,

Ehefrau ruft mit Zustimmung des Ehemannes an, etc.) vor, ist die Beratung, die ihm gegenüber erteilt wird, als solche anzusehen, die gegenüber dem Patienten erfolgt. Dementsprechend dürften diese Beratungen gemäß GOÄ-Ziffer Nr. 1 bzw. GOÄ-Ziffer Nr. 3 abgerechnet werden.

Die GOÄ-Ziffer Nr. 4 hingegen kann nicht bei telefonischen Beratungen abgerechnet werden und erfordert einen gewissen Aufwand bzw. Umfang. Der Verordnungsgeber ging seinerzeit bei Einführung der GOÄ-Ziffer Nr. 4 davon aus, dass die Anamnese und Besprechung des Krankheitsfalles in Zusammenarbeit mit Angehörigen schwierig und aufwendig sein könne, was entsprechend honoriert werden sollte.

Verweigerung der Aufnahme von „Flurbelegungen“ möglich?

Fragestellung:

Wir wurden von der Geschäftsführung aufgefordert, bei Vollbelegung der Stationen gleichwohl weitere Patienten aufzunehmen und weitere Betten dann auf die Flure zu stellen. Hier sind oft insbesondere in den Nachtstunden weder ausreichende Lichtquellen noch Notklingeln etc. existent, um die üblichen organisatorischen Sicherungsmaßnahmen auch für diese Patienten zu gewährleisten; von der zusätzlich eintretenden erheblichen Überbelastung der nichtärztlichen und ärztlichen Mitarbeiter ganz abgesehen. Können wir uns als Chefärzte weigern, diese Patienten zusätzlich stationär aufzunehmen und diese - immer soweit kein Notfall vorliegt und Nachbarkrankenhäuser diese aufnehmen können - dann entsprechend die Aufnahme ablehnen? Offensichtlich erfolgt die Aufforderung zur „Flurbelegung“ allein zur Steigerung von Fallzahlen und Erlösen.

Antwort:

1.

Auszugehen ist davon, dass jeder Patient mit dem Krankenhaus einen Krankenhausaufnahmevertrag und ggf. zusätzlich weitere Verträge hinsichtlich etwaiger Wahlleistungen schließt. Das bedeutet, dass das Krankenhaus als Vertragspartner des Patienten dazu verpflichtet ist, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Nach der Rechtsprechung des BGH muss der Krankenhausträger organisatorisch gewährleisten, dass es mit dem vorhandenen ärztlichen Personal und funktionstüchtigen medizinischem Gerät seine Aufgaben nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse erfüllen kann. Hierzu gehört, die Patienten so im Krankenhaus unterzubringen, dass z.B. Stürze wegen mangelnder Beleuchtung ausgeschlossen werden und auf einen ggf. auftretenden Notfall umgehend reagiert werden kann.

Werden diese Voraussetzungen durch das Krankenhaus nicht erfüllt, liegt ein erhebliches haftungsrechtliches Risiko vor. Dem Krankenhausträger und ggf. den Geschäftsführer trifft ein Organisationsverschulden, den die Fachabteilung leitenden Chefarzt sicherlich möglicherweise ein Übernahmeverschulden.

Da Sie als Chefarzt für die Versorgung der Patienten Ihrer Abteilung verantwortlich sind und für eine ordnungsgemäße Organisation und einen ordnungsgemäßen Betrieb Ihrer Abteilung zu sorgen haben, stellen die Überbelegung sowie die sich hieraus ergebenden Gefahren von Stürzen und unterbliebener Notfallversorgung, ggf. Hygienerisiken und ärztliche Schweigepflicht, etc. für Sie als Chefarzt der Abteilung erhebliche Risiken sowohl in haftungs- als auch in strafrechtlicher Hinsicht dar.

2.

Ggf. müssten Patienten, die wegen fehlender Betten nicht mehr ordnungsgemäß aufgenommen werden könnten, in ein externes Krankenhaus verlegt werden. Darüber hinaus müsste nach extern eine Abmeldung des Krankenhauses für die Aufnahme von Patienten, insbesondere von Notfallpatienten erfolgen. Es müsste also ganz offiziell eine Aufnahmesperre nach außen kommuniziert werden.

Derartige Maßnahmen, insbesondere eine Aufnahmesperre sowie die Verlegung von bereits aufgenommenen Patienten als auch diesbezügliche Kommunikation, bedürfen entweder der vorherigen Abstimmung mit der Geschäftsführung oder der vorherigen Androhung derartiger Maßnahmen, für den Fall, dass der Krankenhausträger die Mängel nicht innerhalb einer ihm zu setzenden Frist behebt und Abhilfe schafft.

Insofern ist der Krankenhaus-

träger zunächst über die Überbelegung als auch die damit einhergehenden Risiken und Gefahren konkret schriftlich in Kenntnis zu setzen und gleichzeitig aufzufordern mit Ihnen gemeinsam Abhilfe zu schaffen. Sollte hierauf keine Reaktion erfolgen, sollte dem Krankenhausträger – ggf. nach vorheriger Rücksprache mit uns – konkret die Ergreifung der vorstehend skizzierten Maßnahmen unter Fristsetzung angedroht werden. Sinnvoll ist es sicher auch, gemeinsam mit betroffenen weiteren Kollegen die weiteren Schritte abzustimmen.

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

RA Marc Rumpenhorst

Verantwortung des Chefarztes für Case-Mix-Punkte?

- Urteil des Arbeitsgerichts Herne vom 09.09.2014 – 3 Ca 203/14 -

Das Arbeitsgericht Herne hatte sich mit der Frage zu beschäftigen, inwieweit ein Chefarzt für die Erzielung einer bestimmten Anzahl von Case-Mix-Punkten verantwortlich und auch haftbar ist.

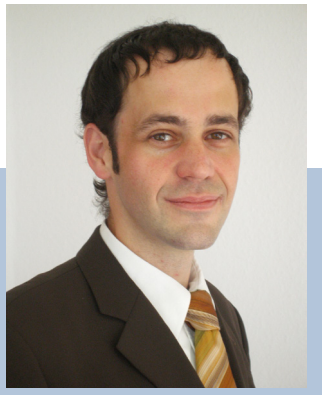
Einleitung

Das Krankenhaus machte einen Schadensersatzanspruch gegen den ausgeschiedenen Chefarzt geltend, weil die Case-Mix-Punkte um mehr als die in der Auflösungsvereinbarung als „Ziel" angenommenen Punkte gesunken seien und der Arzt zudem seinen Nachfolger nicht pflichtgemäß eingearbeitet hätte; den entstandenen Schaden bezifferte das Krankenhaus auf über 150 Case-Mix-Punkte multipliziert mit dem Basisfallwert und rechnete mit dem Anspruch des Arztes auf vorfällige Karenzentschädigung auf bzw. machte den Schadensersatzanspruch widerklagend geltend – jedoch ohne Erfolg.

Sachverhalt

Der Krankenhausträger beabsichtigte, die von dem Chefarzt geleitete Klinik für Unfallchirurgie an einem anderen Standort des Trägers in die dort von einem anderen Chefarzt geleitete Klinik für Allgemeinchirurgie zu integrieren. Da das Krankenhaus dem Unfallchirurgen in der neuen Struktur lediglich eine Oberarztposition anbot, kamen die Parteien überein, das Arbeitsverhältnis einvernehmlich zum Jahresende auszulösen. U.a. erklärten die Parteien, dass es Ziel des Arztes sein werde, die Anzahl der Case-Mix-Punkte für das 4. Quartal entsprechend der Case-Mix-Punktanzahl des Vorjahresquartals mit einer maximalen Abweichung von – 2 % zu erreichen. Ferner verpflichtete sich der Arzt, die von ihm geleitete Klinik bis zum Beendigungstermin ordentlich und ordnungsgemäß an seinen vom Klinikum zu benennenden Nachfolger in der Position des Leiters der Klinik zu übergeben und diesen, soweit erforderlich, in sein Aufgabengebiet und die abteilungsinternen Abläufe einzuarbeiten.

Umstritten war zwischen den Parteien, ob dem klagenden Arzt ein Nachfolger benannt worden ist, den er in sein Aufgabengebiet die abteilungsinternen Abläufe



Marc Rumpenhorst

vor dem Hintergrund der Verlegung der Abteilung einzuarbeiten habe und ob aufgrund von krankheits- und urlaubsbedingten Abwesenheiten ausreichend Personal zur Verfügung stand.

Die Entscheidung

Das Arbeitsgericht Herne hat den Schadensersatzanspruch der Beklagten und widerklagenden Krankenhausträgerin abgelehnt. Mit der Formulierung „wird es sein Ziel sein, die Anzahl der Case-Mix-Punkte entsprechend der Zahl des Vorjahresquartals mit einer maximalen Abweichung von – 2 % zu erreichen" haben die Parteien eine sogenannte Zielvereinbarung getroffen, nach

der Kläger sein Bemühen, jedoch nicht den entsprechenden Erfolg schulde. Bereits aus diesem Grunde scheide diese Klausel als Grundlage für einen Schadensersatzanspruch des Krankenhausträgers aus.

Ferner sei nicht ersichtlich, aus welchen Gründen eine alleinige Verantwortlichkeit des Chefarztes für ein etwaiges Absinken der Case-Mix-Punktzahlen angenommen werden könne. Denn im Hinblick auf die Fallzahlen bzw. Case-Mix-Punkte eines Krankenhauses seien nach Auffassung des Arbeitsgerichts Herne vielfältige Faktoren zu berücksichtigen. Für ein besonderes Absinken der Zahlen im Dezember gegenüber dem Monat des Vorjahres sei es sicherlich auch zu berücksichtigen, dass die Öffentlichkeit und Patienten über die Schließung der unfallchirurgischen Abteilung an diesem Standort informiert waren, so dass nach Auffassung der Kammer viele Patienten davon Abstand genommen haben dürften, geplante Operationen noch in dieser Abteilung bzw. in diesem Krankenhaus durchführen zu lassen. Jedenfalls aber schulde der Kläger der Beklagten nicht die Erbringung einer bestimmten Anzahl von Case-Mix-Punkten, so dass darauf keine Schadensersatzforderung der Beklagten basieren könne.

Auch aus der Verpflichtung im Rahmen des Aufhebungsvertrages, die von ihm geleitete Klinik für Unfallchirurgie bis zum Beendigungstermin ordentlich und ordnungsgemäß an seinen von der Krankenhausträgerin zu benennenden Nachfolger in der Position des Leiters der Klinik zu übergeben und diesen, soweit erforderlich in sein Aufgabengebiet und die abteilungsinternen Abläufe einzuarbeiten, könne sich kein Schadensersatzanspruch ergeben.

Das Arbeitsgericht Herne konnte es letztendlich dahinstehen lassen, ob dem Kläger der Nachfolger ordnungsgemäß benannt worden sei und ob aufgrund dessen Sachverstand eine Einarbeitung überhaupt erforderlich gewesen wäre bzw. hätte durchgeführt müssen und ob und welche abteilungsinternen Abläufe diesem hätten mitgeteilt werden müssen, denn selbst wenn man entsprechende Pflichten des Klägers annehmen würde und weiterhin annehmen würde, der Kläger sei seinen diesbezüglichen Pflichten nicht ordnungsgemäß nachgekommen, fehle es an der Kausalität zwischen – unterstellter – Pflichtverletzung und dem von der Beklagten behaupteten Schaden. So sei nämlich nicht ersichtlich, dass bei dem von der Beklagten verlangten Verhalten des Klägers und einer entsprechenden Einbindung dessen Nachfolgers in die Abläufe mehr Patienten hätten behandelt werden können, überhaupt mehr Patienten das Krankenhaus und die Abteilung aufgesucht und damit sowohl die Fallzahlen als auch die Case-Mix-Punkte erhöht hätten.

Letztendlich konnte die Beklagte nicht nachweisen, dass bei einem von ihr unterstellten Verhalten des Klägers überhaupt mehr Patienten behandelt und dadurch höhere Einnahmen erzielt worden wären, so dass es an der erforderlichen Darlegung der Kausalität selbst einer angenommenen Pflichtverletzung für den behaupteten Schaden fehlte und die Schadensersatzansprüche der Beklagten abgelehnt und die Widerklage abgewiesen wurde.

Fazit

In einem auf einem Dienstvertrag basierenden Arbeitsverhältnis schuldet der Arbeitnehmer ein stets Bemühen im Rahmen seiner

Tätigkeit, nicht aber den (wirtschaftlichen) Erfolg seiner Tätigkeit. Für den wirtschaftlichen Erfolg der Tätigkeit des Arztes ist nicht der Arzt selber, sondern das Unternehmen „Krankenhaus“ zuständig und verantwortlich.

Die Verfehlung des vom Krankenhausträger vorgegebenen oder eines gemeinsam vereinbarten Zieles stellt grundsätzlich noch keine Pflichtverletzung des Arztes dar, die den Krankenhausträger zur Abmahnung oder gar Kündigung oder Regressforderung berechtigen würde. Das – verfehlte – Ergebnis stellt noch keine Pflichtverletzung des Arztes dar. Vielmehr muss der Krankenhausträger die Verletzung einer oder mehrerer dem Arzt obliegenden Pflicht/en darlegen und nachweisen. Hinsichtlich eines auf eine Pflichtverletzung des Arztes gestützten Schadensersatzanspruches wegen rückläufiger Fallzahlen, geringerer Case-Mix-Punkte und Einnahmen muss der Krankenhausträger zudem darlegen, dass bei ordnungsgemäßen Verhalten der als Schaden geltend gemachte wirtschaftliche Erfolg eingetreten wäre. Hierbei wäre dann noch zu berücksichtigen gewesen, dass sich der Krankenhausträger auf die als Schadensersatz geltend gemachte Krankenhausvergütung ersparte Aufwendungen wie z.B. nicht verwendete, gleichwohl in die DRG-Kalkulation nach INeK einfließende Kosten einer Prothese etc., hätte anrechnen lassen müssen.

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

Einladung

Mitgliederversammlung des Landesverbandes

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Abstimmung mit dem kommissarischen Vorsitzenden des Landesverbandes Brandenburg im VLK laden wir Sie heute zu einer Mitgliederversammlung des Landesverbandes für

Samstag, den 06. Juni 2015, 10.00 Uhr bis ca. 12.30 Uhr

in das

Resort Schwielowsee
Am Schwielowsee 117,
14542 Werder (Havel)

ein.

Im Rahmen dieser Mitgliederversammlung sollen durch die satzungsmäßige Wahl des Vorstandes des Landesverbandes die strukturellen Voraussetzungen für die gesundheitspolitischen Aktivitäten des Landesverbandes geschaffen werden. Wir wären Ihnen demgemäß für eine zahlenmäßig rege Beteiligung an dieser Mitgliederversammlung dankbar.

Wir bitten Sie uns auf dem beigefügten Fax-Antwortformular mitzuteilen, ob wir mit Ihrer Teilnahme rechnen dürfen.

Folgende Tagesordnung ist vorgesehen:

1. Begrüßung durch den kommissarischen Vorsitzenden
2. Bericht über die gesundheitspolitischen Aktivitäten des VLK
3. Wahl des Vorsitzenden
4. Wahl des stv. Vorsitzenden
5. Verschiedenes

Im Anschluss an die Mitgliederversammlung laden wir Sie zu einem kleinen Imbiss ein.

Wir würden uns freuen, wenn wir Sie am 06.06.2015 im Resort Schwielowsee begrüßen dürfen und verbleiben bis dahin

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. H.-F. Weiser
Präsident

Dipl.-Volksw. G. Norden
Hauptgeschäftsführer

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

April 2015

Foto: © frankdaniels/fotolia.com

13.04.2015, Düsseldorf
- Gespräch mit Vertretern der APO-Bank über Seminar-Veranstaltungen, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

16.04.2015, Borken
- Gespräch mit dem Vorsitzenden des Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Dr. Edgar Franke, MdB, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

20.04.2015, Mannheim
- Mitgliederversammlung des VLK für die Mitglieder aus dem Fachgebiet „Innere Medizin“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

21.04.2015, Berlin
- Gespräch mit Marburger Bund und Vertretern des IQM über Qualitätsindikatoren, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

22.04.2015, Berlin
- Podiumsdiskussion im Rahmen der AKG-Mitgliederversammlung, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

24.04.2015, Berlin
- Gespräch mit Dietrich Monstadt, MdB, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

28.04.2015, Düsseldorf
- Gespräch über VLK-Gruppenvertrag mit DKV, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

29.04.2015, München
- Mitgliederversammlung des VLK für Mitglieder aus dem Fach „Chirurgie“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

30.04.2015, Berlin
- Verbändegespräch bei der BÄK, 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