# ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

6
88. Jahrgang
Juni 2015

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © Trueffelpix/fotolia.com

## Alle Macht den Qualitätsindikatoren!

- Was man mit Qualitätsindikatoren so alles machen kann
- VLK-Schreiben an Bundesminister Altmeier

# Qualitätsbeschwörungen sind alles andere als Qualität

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

Über das Qualitätsdogma, das sich die aktuelle Bundesregierung seit Formulierung des Koalitionsvertrages auf die gesundheitspolitischen Fahnen geschrieben hat, haben wir ja an dieser Stelle schon mehrfach gesprochen. Tatsächlich ist nichts im Gesundheitswesen so wohlfeil, wie die Forderung nach mehr Qualität. Das klingt nämlich im Kern wie „Freibier für alle!" – ist aber für Otto Normalverbraucher in seiner Banalität nicht so leicht zu durchschauen. Wenn allerdings jetzt auf den 126 Seiten des aktuellen Kabinettsentwurfs zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sage und schreibe 597 mal von „Qualität" in irgendeiner Form die Rede ist (also Qualitätssicherung, Qualitätszuschläge etc), dann frage ich mich schon, ob hier nicht eher schamanistische Beschwörungsrituale zelebriert werden. Mit sinnvollen gesundheitspolitischen Vorgaben hat das jedenfalls nichts zu tun.

Angesichts dieser rein numerischen Analyse ist auch eine sachliche Auseinandersetzung mit den Inhalten des Gesetzes kaum zu leisten – schlicht weil die ganze Zeit erkennbar wird, dass die Defizite einer qualitativen Beschreibung des Qualitätsbegriffs von den KHSG-Autoren mit einer quantitativen Inflation des Begriffs selbst zu übertönen versucht wird. Eine inhaltliche Auseinandersetzung ist an keiner Stelle möglich, denn es gibt keine Inhalte. Es gibt nur diese Beschwörungen.

Lassen Sie mich trotzdem einen kleinen Blick auf die Inhalte zumindest versuchen, denn auch hier zeigen sich eklatante Widersprüche und Unstimmigkeiten. So werden beispielsweise Krankenhäuser, die sich eines wachsenden Zulaufs erfreuen, mit Vergütungsabschlägen bestraft, denn der Gesetzgeber geht davon aus, dass solche Erfolge bei Patienten und einweisenden Ärzten – aller Qualität zum Trotz – keineswegs mit medizinischer Leistung, sondern allein mit unlauteren Anreizmechanismen zu tun haben können. Wer also den Beschwörungsformeln des Gesetzes tatsächlich erliegt, den trifft die Keule anderweitig. Unberücksichtigt lässt der Gesetzgeber auch, dass Qualität nicht zum Nulltarif zu haben ist. Der Mittelkürzung kann ein Haus also nicht entfliehen, aber auf welcher Investitionsgrundlage die nicht definierten Qualitätsziele eigentlich erreicht werden sollen, darüber schweigt diese „Strukturreform" sich höflich aus.

Ist auch egal. Denn die verbale Qualitätsinflation dient der Leser- und Medienhypnose, während es dem Gesetz selber um etwas ganz anderes geht: Die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft ist offensichtlich das Ziel, und deswegen werden mit dem KHSG zahllose Instrumente bereitgelegt, um erst zu fordern und dann – trotzdem – zu strafen. Aber nirgends finden wir Hinweise auf die bislang und auch in Zukunft ungelösten Finanzierungsdefizite der Krankenhäuser.

Erkennen müssen wir Ärzte allerdings, dass wir uns tatsächlich die Qualitätsdiskussion haben aus der Hand nehmen lassen. Zweifellos gibt es ja gute und weniger gute Qualität in unserer Arbeit, wir haben es aber womöglich versäumt, diese qualitativen Unterschiede selbst zu beschreiben – und im Einzelfall auch aufzuzeigen. Das vorliegende Heft wird sich deswegen mit Qualitätsindikatoren beschäftigen, wie wir sie für sinnvoll halten, und wie sie selbstverständlich unsere Arbeit prägen sollten. – Nicht im Sinne einer strafenden Keule, sondern in der Verpflichtung unseren Patienten und unserer eigenen Arbeit gegenüber.

Es grüßt Sie herzlich – und natürlich umfassend qualitätsgesichert

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

**ARZT UND KRANKENHAUS**

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

## Editorial

189 **Qualitätsbeschwörungen sind alles andere als Qualität**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

## Titel

192 **Alle Macht den Qualitätsindikatoren**
Gerd Norden
193 · Interview mit Dr. Wulf-Dietrich Leber
194 · Auszüge aus der Stellungnahme der Unparteiischen Mitglieder des G-BA
195 · Was man mit Qualitätsindikatoren so alles machen kann
Prof. Dr. Ralf Kuhlen

## Berufs- und Gesundheitspolitik

**Der Kabinettsentwurf des KHSG**
200 · Inhaltliche Schwerpunkte des Kabinettsentwurfs
Gerd Norden
201 · VLK-Schreiben an Bundesminister Altmeier
203 · Kommentierungen u. Pressemeldungen zum Kabinettsentwurf

## Übrigens…

210 **Bericht über den Bundeskongress 2015**
Dr. Jürgen Brenner

212 **4. VLK-Bundeskongress**

## Recht

214 **Außertariflicher Vertrag und AZG**
RA Norbert H. Müller

215 **Dienstvertragliche Pflichten und Verhaltenskodex**
RA Norbert H. Müller

## Der Blick voraus

217 **Die Vortragsveranstaltungen des 38. Deutschen Krankenhaustages auf einen Blick**

## Service-Angebote für VLK-Mitglieder

218 **Sonderkonditionen für Mercedes-Benz**

219 **MeinAuto.de Vorteilsclub**

## Rubriken

220 **VLK intern**
191 **Personen und Hintergründe**
222 **Agenda**
209 **Impressum**
223 **In eigener Sache**

**Auswahl geeigneter Indikatoren kurzfristig möglich**

Experten bezweifeln, dass die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, an denen Krankenhausleistungen künftig bemessen werden sollen, innerhalb von Jahresfrist wirklich möglich ist. Unser Interviewpartner vom Spitzenverband der Krankenkassen sieht dies auch so, plädiert deshalb in der Anfangsphase für den Einsatz von Indikatoren, die im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung erhoben werden.

193

**Qualitätsmanagement mit Routinedaten ist möglich**

Kliniken, die schon heute aktive Erfahrung in der praktischen Arbeit mit Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sammeln, werden nach Einschätzung des Autors besser gewappnet sein für die künftig zu erwartende Vermessung der Krankenhausleistungen mit validierten Qualitätsindikatoren.

Foto: © Yabresse/fotolia.com

195

**Heftige Kritik am Kabinettsentwurf des KHSG**

Bei den „Krankenhausverbänden" ist der am 10.06.2015 verabschiedete Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Struktur der Krankenhausreformen auf deutliche Kritik gestoßen. Von „Etikettenschwindel" bis zum Prädikat „Gesetzentwurf zur Ausdünnung der Krankenhauslandschaft" reichen die Kommentierungen.

Foto: © Style-Photography/fotolia.com

200

**Zur Unterzeichnung rechtlich nicht verpflichtet**

Es besteht keinerlei rechtliche Verpflichtung, einen Verhaltenskodex als Nachtrag zum bestehenden Arbeitsvertrag zu unterzeichnen.

Foto: © THesIMPLIFY/fotolia.com

215

## Kabinettsentwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes beschlossen

Das Bundeskabinett hat am 10.06.2015 den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung beschlossen. Bundesgesundheitsminister Gröhe stellte in diesem Zusammenhang folgendes fest: „Mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz schaffen wir eine solide Arbeitsgrundlage für die rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland und für die Patienten ein Plus an Behandlungssicherheit und Versorgungsqualität. Patienten müssen sich auf eine gute Versorgung im Krankenhaus verlassen können. Deshalb stärken wir die Spitzenmedizin und sorgen dafür, dass sich besonders gute Qualität künftig auch finanziell lohnt. Außerdem bringen wird mehr Pflegepersonal ans Krankenbett. Denn gute Versorgung und Pflege im Krankenhaus können nur dann gelingen, wenn Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger nicht dauerhaft überlastet sind. Mit einem Strukturfonds unterstützen wir die Länder dabei, notwendige Umstrukturierungen zur Verbesserung der Versorgung voranzubringen. Das entlastet auch die Beitragszahler."

Kommentare und Pressemitteilungen zum Kabinettsbeschluss siehe auch Seite 200.

Hermann Gröhe

## ver.di-Protestkette am 24.06.2015

Nach Auffassung von ver.di bietet der vom Bundeskabinett beschlossene Gesetzentwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz keine Lösung für den Personalmangel im Krankenhaus. Deshalb will ver.di am 24.06.2015 - dem Tag der Gesundheitsministerkonferenz - mit einer Protestaktion vom Nordseestrand bis in die bayerischen Berge, von Görlitz bis Saarbrücken den Personalmangel in Krankenhäusern sichtbar machen. Um die Mittagszeit halten Beschäftigte vor den Kliniken Schilder mit Zahlen von 1- 162.000 hoch und dokumentieren damit öffentlich den Fehlbedarf.

## Bodendieck neuer Präsident der Landesärztekammer Sachsen

Auf dem 25. Sächsischen Ärztetag haben heute die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden einen neuen Präsidenten sowie einen neuen Vorstand für die Wahlperiode 2015 - 2019 gewählt.

Zum Präsidenten wurde Erik Bodendieck bei 12 Gegenstimmen und 7 Enthaltungen gewählt. Er löst damit den bisherigen Präsidenten, Prof. Dr. Jan Schulze ab, der für dieses Amt nach 16 Jahren nicht mehr kandidierte. Erik Bodendieck war seit 2007 Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer. Er ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit eigener Niederlassung in Wurzen.

Erik Bodendieck

## G7-Gipfel beschließt Maßnahmen zur Antibiotikaresistenz

In der Abschlusserklärung des G7-Gipfels, der vom 07. - 08. Juni 2015 in Schloss Elmau stattfand, finden sich auch Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheit. Zum Thema „Antibiotikaresistenzen" ist hier unter anderem folgendes aufgeführt:

Antibiotika spielen für die heutigen und zukünftigen Erfolge in der Human- und Veterinär-Medizin eine entscheidende Rolle. Wir unterstützen uneingeschränkt den kürzlich beschlossenen globalen Aktionsplan der WHO zu Antibiotikaresistenzen. Wir werden unsere eigenen nationalen Aktionspläne erstellen oder überarbeiten und wirksam umsetzen und andere Staaten bei der Entwicklung ihrer jeweiligen nationalen Aktionspläne unterstützen.

Wir bekennen uns nachdrücklich zu dem „One Health"-Ansatz, der alle Bereiche - die Gesundheit von Mensch und Tier sowie Landwirtschaft und Umwelt - einbezieht. Wir werden eine fachgerechte Verwendung von Antibiotika fördern und uns daran beteiligen, die Grundlagenforschung, die Forschung zur Epidmiologie, Infektionsprävention und -bekämpfung und die Entwicklung neuer Antibiotika, alternativer Therapien, Impfstoffe und Schnelltests zu stärken. Wir sind entschlossen, bei der Erstellung und Überarbeitung und der Bereitstellung unserer nationalen Aktionspläne den Anex (gemeinsame Anstrengungen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen) zu berücksichtigen.

Gerd Norden

# Alle Macht den Qualitätsindikatoren!

Qualität ist der Hoffnungsträger der bundesdeutschen Gesundheitspolitiker. Doch es geht dabei offensichtlich nicht um die Qualitätssteigerung um der Qualität Willen, sondern um Qualität im Sinne eines Steuerungsinstrumentes für die Anzahl der Krankenhäuser und der in ihnen vorgehaltenen Krankenhausbetten. Der soeben vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines „Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung" macht dies überdeutlich: Die Qualität der erbrachten Krankenhausleistungen hat Konsequenzen für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Bundeslandes und den Verbleib darin. Zudem soll künftig die Krankenhausvergütung eng an Qualitätsaspekte gekoppelt werden; es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden.

Das Problem dabei ist die Definition von Qualitätsindikatoren, mit denen die Krankenhausleistungen künftig „vermessen" werden sollen. Der Gesetzentwurf sieht hierfür keine Lösung vor sondern schiebt die Verantwortung dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu. Dieser soll bis zum Jahresende 2016 Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschließen, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und mit deren Hilfe Leistungen und Leistungsbereiche definiert werden sollen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen.

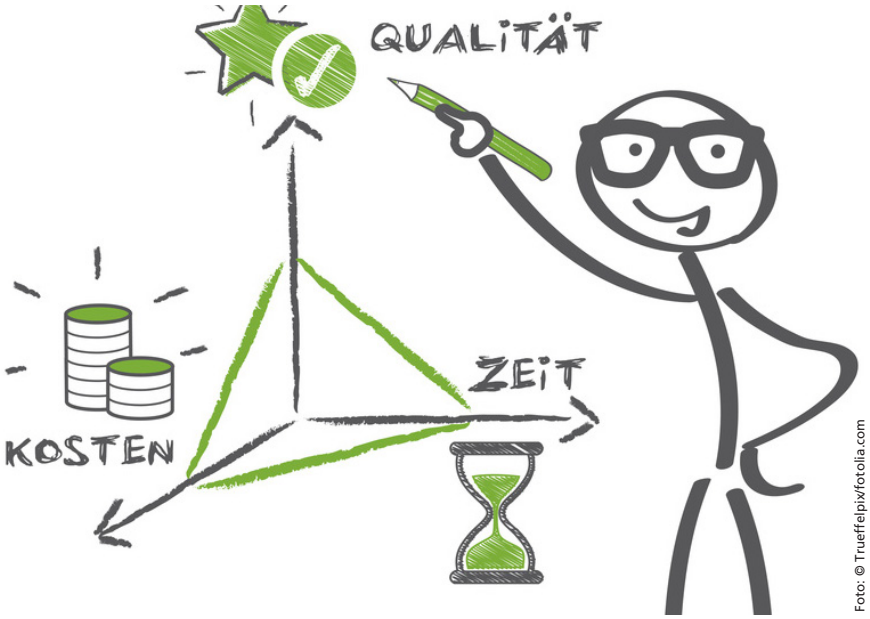



Foto: © Trueffelpix/fotolia.com

Die entscheidende Frage dabei ist, ob in dieser kurzen Zeitspanne aussagefähige Qualitätsindikatoren entwickelt werden können, die fundiert, konsentiert und rechtssicher gestaltet sind.

Das nachfolgende Interview mit Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung „Krankenhaus" im GKV-Spitzenverband versucht, eine Antwort auf diese für Krankenhäuser und deren Mitarbeiter existenziellen Fragen zu finden.

Der G-BA, dem bei der Beantwortung dieser Fragestellung eine ganz entscheidende Rolle vom Gesetzgeber zugedacht worden ist, hat unseren Interviewwunsch hierzu mit dem Hinweis auf den noch frühen Stand des Gesetzgebungsverfahrens, in dem eindeutige Aussagen bzw. Kommentierungen noch nicht möglich sind, abgelehnt. Allerdings können aus der veröffentlichten Stellungnahme der Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Referentenentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes zu einigen wesentlichen Aspekten dieses Problems Erkenntnisse und Tendenzen herausgearbeitet werden. Dies wird im Anschluss an das Interview mit Dr. Leber auch geschehen.

In einem weiteren Beitrag zu dieser Thematik legt Prof. Dr. Ralf Kuhlen, Medizinischer Geschäftsführer der HELIOS Kliniken GmbH dar, was man mit Qualitätsindikatoren so alles machen kann und kommt zu dem Schluss, dass Kliniken, die schon heute aktive Erfahrungen in der praktischen Arbeit mit Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sammeln, für die Zukunft besser gewappnet sein werden.

# Interview mit Dr. Wulf-Dietrich Leber,

## Leiter der Abteilung „Krankenhaus“ im GKV-Spitzenverband

*? Wie realistisch ist es, bis zum 31.12.2016 Qualitätsindikatoren zur Prozess-,Struktur-, und Ergebnisqualität vorzulegen, die einerseits justitiabel sind und anderseits eine objektive Beurteilung der Qualität der erbrachten Krankenhausleistungen ermöglichen?*

**Dr. Leber:** Wer wissen will, mit welchen Indikatoren das Zu-/Abschlagssystem an den Start gehen kann, der werfe einen Blick in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Dort findet sich das Spektrum etablierter Indikatoren. Für die Entwicklung neuer Indikatoren würden Jahre ins Land gehen. Deshalb muss man mit einer Auswahl der fast 400 Indikatoren starten, die im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung seit Jahren erhoben und ausgewertet werden. Die Aussagekraft und Zuverlässigkeit dieser Indikatoren ist bereits im Zusammenhang mit deren Veröffentlichung geprüft worden. Eine Auswahl geeigneter Indikatoren kann daher binnen kürzester Zeit erfolgen.

*? Auf welcher Basis erfolgt der Beschluss des G-BA zu diesen Qualitätsindikatoren? Sind es eigene Vorschläge oder wird man sich hierbei auf „zugelieferte“ Ergebnisse des eigens gegründeten IQTIG stützen wollen?*

**Dr. Leber:** Die inhaltliche und ordnungspolitische Diskussion wird im G-BA zu führen sein. Die konkrete Prüfung der Indikatoren auf Zuverlässigkeit und Manipulierbarkeit sowie die Risikoadjustierung wird man wohl dem IQTiG überantworten. Der G-BA muss die anzuwendenden Qualitätssicherungs-Scores dann letztlich beschließen.

*? Können solche Qualitätsindikatoren aufgrund bereits bestehender Datensammlungen konzipiert werden?*

**Dr. Leber:** Ja. Anders geht es nicht. Ein System auf der Basis neu zu entwickelnder Indikatoren würde den Start mehr als eine Legislaturperiode verschieben: 2016/2017 G-BA/IQTiG, 2018 EDV-Umsetzung, 2019 erstes Erfassungsjahr, 2020 erste Auswertung, 2021 erste Zu-/Abschläge. Bei einem solchen Szenario würde man sich kaum noch erinnern, dass es einen gesetzlichen Auftrag zur Qualitätsorientierung der Vergütung gibt.

*? Mit wie viel Qualitätsindikatoren könnte die Qualitätsoffensive zum 01.01.2017 starten?*

**Dr. Leber:** Ich rechne damit, dass man fünf bis zehn Qualitätssicherungs-Scores entwikkelt, also Kennzahlen, die die Qualität bestimmter Behandlungsbereiche, wie z. B. Endoprothetik oder herzchirurgische Eingriffe, abbilden. Jeder dieser Qualitätssicherungs-Scores (Endo-Score, Kardio-Score, …) würde aus einem Bündel von Einzelindikatoren errechnet. Zu- oder Abschläge würden sich dann auf die dazugehörigen DRG-Cluster beziehen müssen. Der GKV-Spitzenverband stellt sich dies als Umverteilung zwischen Krankenhäusern vor: Mit den Abschlägen für mindere Qualität wird der Zuschlag für Krankenhäuser mit exzellenter Qualität finanziert. Die Krankenkassen wollen nicht via Abschlag an schlechter Versorgungsqualität verdienen.

*? Wie lange wird es Ihrer Einschätzung nach dauern, bis ein umfassendes Qualitätsindikatoren-System ausgereift für die praktische Anwendung in den Krankenhäusern zur Verfügung steht?*

**Dr. Leber:** In den USA ist bereits im Rahmen der Medicare-Versicherung eine vollumfänglich qualitätsorientierte Vergütungskomponente im Echteinsatz, das „Hospital Value-Based Purchasing Program“. Es beinhaltet in der 2015er Version 26 Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität, zur Patientenzufriedenheit und zur Ergebnisqualität, wie z. B. 30-Tage-Mortalität bei Herzinfarkt. Wir sollten die Übertragbarkeit dieser Indikatoren prüfen und ansonsten beobachten, wie sich die qualitätsorientierte Vergütung in den USA auswirkt. Da es sich auch bei einer Übertragung um für unser System neue Indikatoren handelt, gelten die oben genannten zeitlichen Dimensionen. Aber vielleicht entfaltet ja auch schon die Aussicht auf solche Vergütungssysteme Wirkung, so dass die Krankenhausprozesse weniger in Richtung Mengenexpansion und mehr in Richtung Qualität entwickelt werden.

# Positionierungen zu Fragestellungen

## im Zusammenhang mit den Qualitätsindikatoren aus der Stellungnahme der Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Referentenentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes

*? Auf welcher Basis erfolgt der Beschluss des G-BA? Auf der Grundlage eigener Vorschläge für Qualitätsindikatoren oder auf der Basis „zugelieferter" Ergebnisse durch das IQTIG?*

**Auszug aus der G-BA-Stellungnahme:**
§ 137 b Abs. 2 SGB V stellt klar, dass der G-BA die Arbeitsergebnisse des Instituts nach § 137 a als Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um eine begrüßenswerte Klarstellung des Verhältnisses zwischen dem G-BA als Norm- und Auftraggeber und dem IQTIG als fachlich-unabhängigen Auftragnehmer.

*? Wie realistisch ist es, bis 31.12.2016 Qualitätsindikatoren zur Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität vorzulegen, die einerseits justiziabel sind und andererseits eine objektive Beurteilung der Qualität der erbrachten Krankenhausleistungen möglich machen?*

**Auszug aus der G-BA-Stellungnahme:**
Der Artikel 4 enthält für den G-BA Fristen, die schwer mit den methodischen Anforderungen an die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und anderen QS-Instrumenten und -Verfahren und mit der Beachtung der gesetzlich vorgegebenen Verfahrensschritte in Einklang zu bringen sind. Der Entwicklungszyklus eines Qualitätsindikators entsprechend international etabliertem methodischen Standard (z.B. RAM-Verfahren entsprechend Methodenpapier der Institution gemäß § 137 a SGB V) umfasst wenigstens 12 Monate. Zusätzlich wurden im GKV-VSTG auch im Bereich Qualitätssicherung schriftliche und sich daran anschließende mündliche Stellungnahmen normiert, die aufgrund der erwünschten fachlich-inhaltlichen Auseinandersetzung der Gremien mit der Expertise und der Positionen der gesetzlich Stellungnahmenberechtigten die Verfahrensdauer verlängern.

Und an anderer Stelle heißt es: Durch die Regelung in § 136 c Abs. 1 SGB V (neu) wird das Problem der Überführung der leistungsbezogenen Indikatoren in die Planung von Abteilungen nicht gelöst, sondern an den G-BA delegiert. So muss der G-BA vor der Festlegung von QS-Indikatoren zunächst einen Grundleistungskatalog definieren, welcher das „typische" Leistungsgeschehen (z. B. einer Herzchirurgischen Abt.) umfasst, und ausgehend von diesem Leistungsgeschehen die Indikatoren, Maßstäbe und Kriterien entwickeln.

Ob im konkreten Krankenhaus dieses Leistungsgeschehen auch tatsächlich stattfindet, kann nur die Landesbehörde beobachten. Eine Vergleichbarkeit der Abteilungen ist deshalb nur sehr eingeschränkt gegeben. Außerdem wirkt sich dies natürlich auch auf die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse nach § 136 c Abs. 2 SGB V(neu) aus, da diese nur Validität für das vom G-BA vorgesehene Leistungsgeschehen besitzen können.

*? Können solche Qualitätsindikatoren bereits aufgrund bestehender Datensammlungen konzipiert werden oder ist hierfür eine umfängliche wissenschaftliche Recherche notwendig?*

**Auszug aus der G-BA-Stellungnahme:**
Die derzeitigen Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherungen können zwar die Ausgangsbasis der planungsrelevanten Indikatoren bilden, genügen jedoch bereits jetzt schon erkennbar den Planungszwecken der Länder nur unzureichend. Für die Planungszwecke der Länder bedarf es

- sowohl einer methodischen Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren,
- einer Festlegung von neuen (abteilungsbezogenen) Leistungsbereichen
- und einer Modifikation des Verfahrens zur Datenerhebung, -auswertung und -bewertung einschließlich Abkürzung des strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern.

Ralf Kuhlen

# Was man mit Qualitätsindikatoren so alles machen kann…

## Salus aegroti suprema lex! Primum nil nocere!

Einen Artikel über Qualitätsindikatoren mit den beiden grundlegenden Sätzen der medizinischen Ethik zu beginnen, mag in Anbetracht der aktuellen Diskussion über Qualitätsindikatoren recht naiv klingen, zumindest aber altmodisch. Die Diskussion um die Frage, wie der Qualitätsbegriff denn politisch, regulatorisch und letztlich auch wirtschaftliche Anwendung findet, zielt dermaßen fokussiert auf die Verwendung von Qualitätsindikatoren für Steuerungszwecke ab, dass der Gedanke diese schlicht zur Sicherung oder gar Verbesserung der Qualität per se zu bearbeiten beinahe blauäugig anmutet. Warum es möglicherweise aber doch einen Gedanken wert sein könnte, sich auf diese Grundsätze zu besinnen soll Gegenstand der hier angestellten Überlegungen sein. Benefizienz und Non-Malefizienz, altmodische Vokabeln beheimatet im ethischen Diskurs über die Medizin. Könnte deren Übersetzung im aktuellen Kontext der Qualitätsdiskussion etwas mit Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu tun haben? Oder ist die Aversion gegen jedwede Begrifflichkeit des „Qualitätsmanagements" im Gesundheitswesen als per Dekret aufoktroyierte Bürokratiemaschine mit letztlich doch profaner Interessenslage so groß, dass quasi jeder Gedanke in eine solche Richtung von vorneherein zum Scheitern verurteilt ist? In diesem Artikel soll dargestellt werden, dass die Arbeit mit Qualitätsindikatoren zum Zwecke der Verbesserung praktisch machbar ist und darüber hinaus ihren Sinn belegbar erfüllt.

Foto: © Yabresse/fotolia.com

## Was ist Qualität? Wozu dient deren Messung?

Am Anfang soll eine Begriffsbestimmung stehen, die am Ende helfen wird die beiden wesentlichen Fragen zu beantworten: was ist eigentlich Qualität? Und wozu dient deren Messung?

Schon Ende der 90er Jahre beschrieb etwa das „Institute of Medicine" medizinische Qualität als das Ausmaß, in dem das erwünschte Behandlungsergebnis für Patienten erreicht wird. Also eigentlich nichts anderes als die Anwendung der allgemeinen Qualitätsdefinition – „Qualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen dem „Ist" und dem „Soll" Ergebnis – auf die medizinische Behandlung. Ebenso wird in dem Report Sicherheit definiert, als die Vermeidung von Fehlern, wobei der Fehler entweder in der falschen Ausführung einer an sich gerechtfertigten Maßnahme oder in der Anwendung der falschen Maßnahme liegt. Sehr ähnlich beschreibt auch die WHO Patientensicherheit als die Reduktion einer möglicher Patientengefährdung auf das minimale Ausmaß. Beides hat nun ganz augenscheinlich miteinander zu tun, wird es doch auf Dauern niemandem nutzen, exzellente Qualität in einem gefährlichen Umfeld zu bieten, oder ein wirklich sicheres Umfeld zu garantieren, in dem aber keine Qualität geboten wird.

Diese beiden Seiten der Qualitätsmedaille sind also eng miteinander verwoben – und werden wohl auch von niemandem in Abrede gestellt, zumindest so lange die Begriffe im Generellen bleiben. Schwierig wird die Diskussion verlässlich erst dann, wenn anhand von klaren Definition oder gar Zahlen genau die Messbarkeit von Qualität und Sicherheit hergestellt werden soll, die nun mal Voraussetzung einer jeder Maßnahme zur Verbesserung ist. Dann ist medizinische Qualität häufig so komplex, dass sie – wenn überhaupt – nur mit enormen Aufwand gemessen und gesichert werden kann – und so wird dann aus einer an sich simplen Überlegung schnell ein irrwitziger Bürokratieaufwand, der sich nur fraglich lohnt, wenn man sich vorstellt, wieviel Ressource er verschlingt… Wenn man sich die Resonanz anschaut, die der Pro-Con Beitrag im deutschen Ärzteblatt im September letzten Jahres (Heft 38 2014) nach sich zog, dann wird schnell klar, dass der Untertitel „Qualitätsmanagement ist für die Medizin ähnlich nützlich wie die Ornithologie für die Vögel" einen Nerv traf, den die Bürokratiemaschine Qualitätsmanagement mit ihrem schier unstillbaren Hunger nach weiterer Dokumentation ziemlich blank gelegt hat.

## Qualitätsmanagement mit Routinedaten?

Geht das möglicherweise auch einfacher und vor allem effektiver und effizienter? Hier wäre etwa die Auswertung von Routinedaten, also den Daten, die zum Zwecke der Abrechnung in unserem DRG System ohnehin sehr genau erhoben werden müssen, eine Möglichkeit, den Aufwand zu reduzieren, ohne deswegen gleich Hausnummern zu messen? Die HELIOS Kliniken verfolgen diesen Ansatz seit mittlerweile 15 Jahren und haben wesentlich zur Entwicklung des Qualitätsmanagements mit solcherlei Routinedaten beigetragen. Im Jahr 2008 hat sich die Initiative Qualitätsmedizin IQM gegründet, wo heute ca. 350 Kliniken aller Versorgungsstufen Routinedaten nutzen, um daraus präzise definierte Qualitätsindikatoren als Grundlage ihres Qualitätsmanagements zu analysieren; die Schweiz und Österreich haben das System zur Grundlage ihrer gesetzlichen Qualitätssicherung gemacht, und so umfasst diese Methodik heute bereits mehr als 5 Mio stationärer Behandlungsfälle. Ganz ähnliche Ansätze verfolgen auch andere Initiativen oder etwa auch Kostenträger, hier vor allem die AOK mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung mittels Routinedaten (QSR). In Anbetracht der öffentlichen Diskussion der letzten Monate dürfte klar sein, dass sich auch in unseren gesetzlichen Verfahren zur Qualitätssicherung derartige Ansätze wiederfinden werden.

Auch wenn das augenscheinliche Argument des geringeren Dokumentationsaufwandes in Anbetracht der unisono geäußerten Klage über das irrwitzige Ausmaß der medizinischen Dokumentation sofort ziehen sollte, scheiden sich genau hier aber die Geister über Sinn und Nutzen von Routinedaten.

Ganz wesentliche Kritik wird dabei an der an sich notwendigen Reduktion einer komplexen Behandlung auf ein Ergebnis per se geäußert, wie etwa der Sterblichkeit. Es wird angeführt, dass dies doch weiß Gott nicht der einzige Qualitätsparameter sein kann, vermutlich nicht mal ein guter, und vor allem sage sie doch gar nichts über die Qualität aus, wenn nicht korrigiert für die möglichen Risiken, die der Patient und nicht die Qualität der Behandlung mit sich bringt. Manchmal mutet diese Diskussion seltsam an, finden doch in der Wissenschaft ähnliche Ergebniszahlen völlig problemlose

Verwendung: kaum eine große klinische Studie, die nicht den Effekt einer Behandlung auf die Sterblichkeit einer bestimmten Erkrankung untersucht, wenn diese eine Rolle spielt.

Was also macht die öffentliche Diskussion über etwa Sterblichkeit als Behandlungsergebnis so schwierig, nahezu unmöglich?

## Unsere Patienten sind älter und kränker – ist doch klar, dass unsere Zahlen anders sind!

Und wenn das Argument nicht von wirklich jedem Krankenhaus in jeder Versorgungsstufe verwendet würde, wäre es ja auch plausibel... Dahinter steht ja die simple Frage, ob ein Behandlungsergebnis eher von der Erkrankungsschwere der Patienten oder der Qualität der Behandlung per se abhängt – und genau so simpel auch die Antwort: natürlich von beidem. Während die wissenschaftliche Diskussion beide Aspekte aber akzeptiert, wurde in der Öffentlichkeit wahlweise das eine oder das andere ausgeblendet –und schon ist der Dissens garantiert. Heute ist auch in der öffentlichen Diskussion klar geworden, dass wir mit Indikatoren aus Routinedaten immer detaillierter die Schwere von Erkrankungen erfassen und deshalb Unterschiede der Zahlen auch eher Unterschiede der Behandlung reflektieren. Natürlich kann in Routinedaten nur das adjustiert werden, was auch als solches erfasst ist – doch da unterscheidet sich die Quelle „Routinedaten" in nichts von anderen Datenquellen – „garbage in – garbage out" – und wenn da gar nichts drinsteht, dann kann es auch nicht berücksichtigt werden. Insofern ist eine Grundvoraussetzung der Nutzung von Routinedaten die richtige Kodierung der Diagnosen, Prozeduren und Begleitumstände. Und natürlich stimmt es auch, dass manche Dinge in den heutigen Routinedaten nicht vorhanden sind, wie etwa die Frage, ob ein medizinischer Sachverhalt oder ein Risiko schon bei der Aufnahme des Patienten vorhanden war oder sich erst im Laufe des Aufenthalts manifestiert hat, was aber geradezu essentiell ist bei der Analyse, ob eine Komplikation eher Ausdruck der mitgebrachten Schwere der Erkrankung oder der Behandlung per se ist. Etwa im Bereich der Onkologie wäre es natürlich wesentlich zu wissen, in welchem Stadium der Erkrankung der Patient zur Therapie kommt, was aber mit einer einfachen Abbildung der Tumorklassifikation bei Aufnahme in den kodierten Routinedaten realisierbar wäre. Technisch wäre das nicht mehr oder weniger anspruchsvoll wie die Abbildung in Erhebungsdatensätzen, hätte nur den Vorteil, dass man nicht alles doppelt und dreifach dokumentieren müsste. Es wäre mit Sicherheit ver-

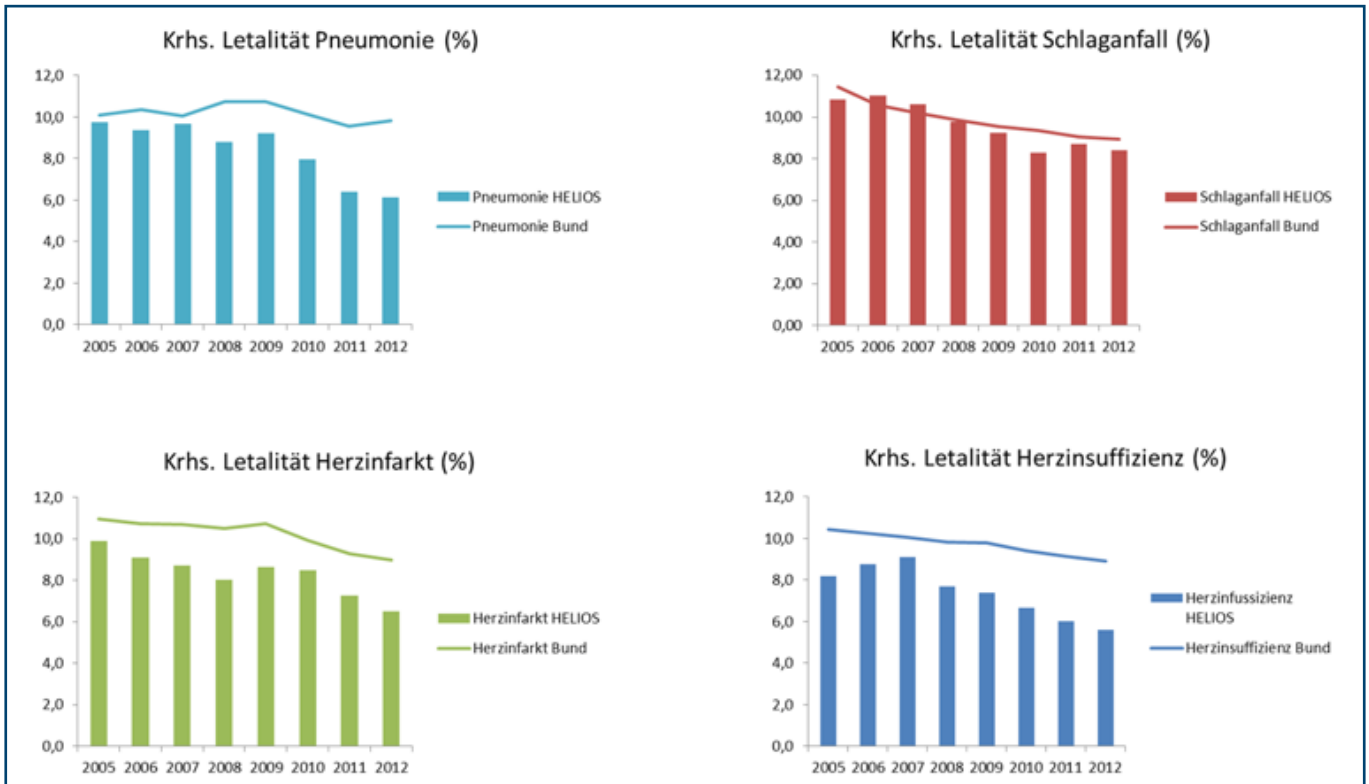



Abbildung 1: Krankenhaussterblichkeit in den HELIOS Kliniken im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.
Die Werte wurde mit den methodisch gleichen Indikatordefinitionen für die HELIOS Daten als auch für den Bundesdurchschnitt ermittelt, um möglichen Diskussionen über methodische oder definitorische Unterschiede der genannten Sterblichkeit zu begegnen.

messen zu behaupten, dass die Risikoadjustierung in unseren heutigen Indikatoren vollumfänglich ist – allerdings könnte sie immer perfekter werden, wenn ein Konsens bestünde, die bekannten Risiken auch in den Routinedaten bereits abzubilden.

## Die Sterblichkeit ist doch nicht das einzige Zeichen von Qualität!

Erneut ein gutes Argument, wenn gleich oft im falschen Zusammenhang gefallen…

Selbstverständlich ist die Sterblichkeit nur eine Maßzahl, aber eben bei vielen Erkrankungen eine ausnehmend aussagekräftige, deswegen wird sie ja auch in wissenschaftlichen Studien zum härtesten Endpunkt, wenn Sterblichkeit ein relevantes Outcome der Erkrankung darstellt.

Wenn wir anhand der Indikatoren der HELIOS Gruppe zeigen können, dass sich die Sterblichkeit bei Erkrankungen wie Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, der Lungenentzündung oder dem Schlaganfall über die Jahre teilweise deutlich besser als der Bundesdurchschnitt derselben Kennzahlen entwickelt, dann dürfen wir das auch als Beleg eines funktionierenden Qualitätsmanagements betrachten (vgl. Abb. 1).

Was aber ist bei den Erkrankungen, wo die Sterblichkeit eine absolute Ausnahme darstellt? Es ist natürlich kein wirklicher Beleg guter Qualität, wenn etwa bei Gallenoperationen kein Patient verstirbt und ebenso ist es nicht gleich ein Hinweis auf schlechte Qualität, wenn ein seltener Todesfall in der Folge einer Operation auftritt? Es könnte aber ein Hinweis auf mangelnde Patientensicherheit sein – und die wollten wir ja wie eingangs erwähnt mitbetrachten. So betrachten wir in unseren Indikatoren auch die Sterblichkeit im „low risk" Bereich, wo sie allerdings eher als Sicherheitsindikator, denn als Qualitätsindikator interpretiert werden sollte. Auch hier können wir zeigen, dass die konsequente Arbeit an diesen Indikatoren zu einer messbaren Verbesserung der Versorgung führt (vgl. Abb. 2).

In absoluten Zahlen wären bei den 35229 HELIOS Operationen im Jahr 2014 in diesem „low risk" Bereich 63 Todesfälle auf dem Boden des Bundesdurchschnitts zu erwarten gewesen – es traten aber lediglich 26 auf. Es soll hiermit nicht der wissenschaftliche

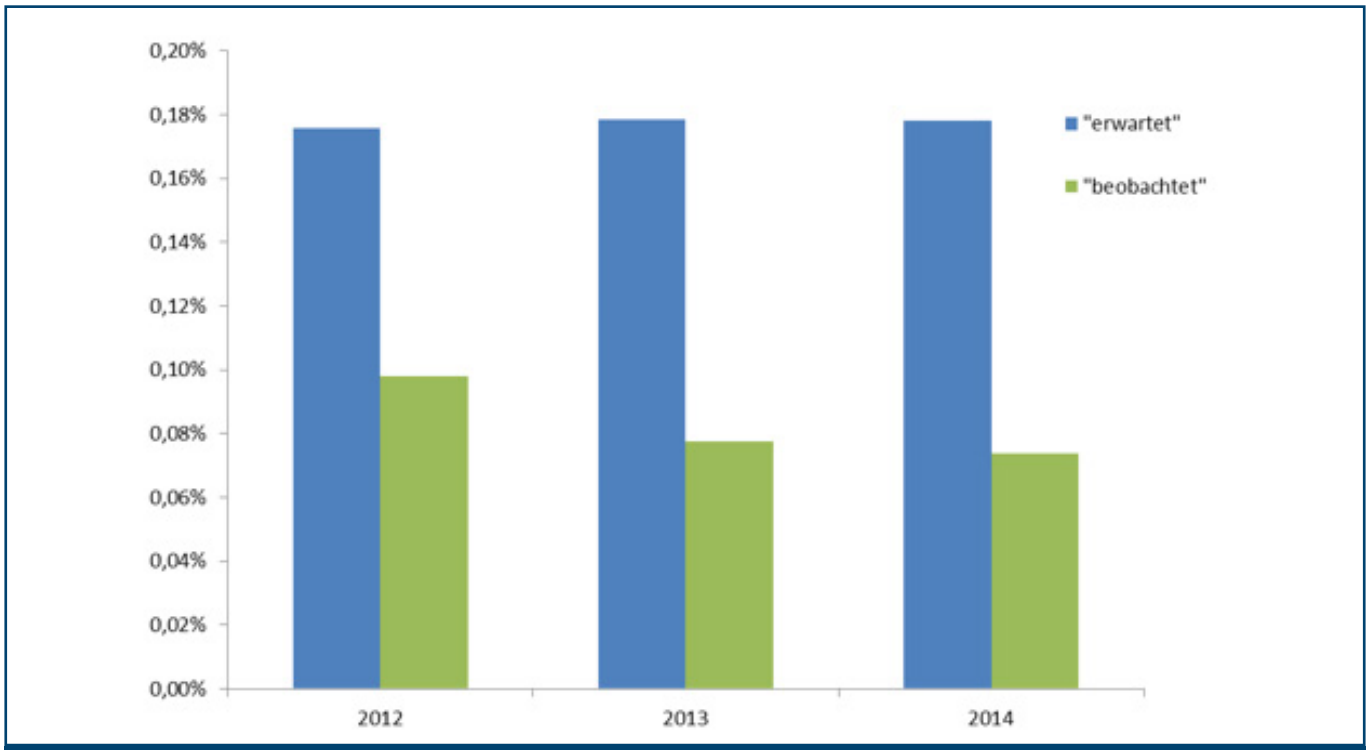



Abbildung 2: Krankenhaussterblichkeit in den „low risk" Indikatoren.
Der Erwartungswert ergibt sich aus dem Bundesdurchschnitt und ist dem bei HELIOS beobachteten Wert gegenüber gestellt.
Die zusammengefasst „low risk" Sterblichkeit ergibt sich aus den HELIOS Indikatoren, die eine Sterblichkeit unter 1 % aufweisen:
*Cholezystektomie bei Gallensteinen, Patienten mit Herniotomie ohne Darmoperation, Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (Alter > 14 J.), Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Unfall, Tumor, kompl. WS-OP), Partielle Nephrektomie, Prostata-TUR, Radikale Prostatovesikulektomie*
Wie bei allen Vergleichen finden für den HELIOS Datensatz dieselben Indikatordefinitionen Anwendung wie bei dem Bundesdatensatz des statistischen Bundesamtes.

Beweis der Überlegenheit einer Maßnahme angetreten werden, sondern es soll vielmehr illustriert werden, dass der Effekt einer konsequenten Arbeit auch beim Thema Patientensicherheit Kennzahl basiert nachvollzogen werden kann.

Sterblichkeit darf in beiden Bereichen, da wo sie Ausdruck guter Qualität ebenso wie da wo sie Ausdruck mangelnder Sicherheit sein kann, mit Fug und Recht als die Spitze eines Eisberges interpretiert werden: sichtbares Ereignis der darunter liegenden Strukturen und Prozesse. Ist die Sterblichkeit auffällig anders als im Durchschnitt, lohnt es auf jeden Fall sich mit darunter liegenden Problemen zu beschäftigen.

## Indikatoren liefern Hinweise auf Auffälligkeiten

Bei HELIOS oder auch bei IQM ist der Sinn der Qualitätsmessung recht einfach zusammen gefasst: wir wollen wissen, wo es was zu verbessern gibt und das dann auch de facto verbessern. So besteht der eigentliche Sinn unserer Indikatoren darin, einen Hinweis darauf zu erhalten, wo wir nachschauen müssen – weil es besonders gut läuft, denn hiervon kann man lernen, oder weil es wahrscheinlich was zu verbessern gibt! So vergleichen wir also alle Indikatoren mit dem Bundesdurchschnitt und werten das Ergebnis in einem Indikator als auffällig, wenn es den Durchschnitt unterschreitet. Hieraus kann sich dann der Anlass zu einem „peer review“ Verfahren ergeben, was der eigentlich wesentliche Part unseres Qualitätsmanagements ist: zwei oder drei Fachkollegen gehen die auffällige Klink besuchen und überprüfen konkrete die Behandlungsakten der auffälligen Bereiche. Hierbei werden Angemessenheit der Diagnostik und Therapie ebenso geprüft, wie deren zeitgerechter Ablauf oder auch das Management eingetretener Komplikationen. Selbstverständlich fußt das Review inhaltlich auf der Anwendung evidenzbasierter Medizin, der Überprüfung auf Anwendung aktueller Behandlungsleitlinien und akzeptierter medizinischer Standards. Grundvoraussetzung seines Erfolges ist eine offene Fehlerkultur auf allen Seiten, die das kollegial konstruktive und auf Verbesserung abzielende Gespräch in den Vordergrund stellt. Schuldzuweisungen und Glaubensdiskussionen haben dort ähnlich wenig Erfolg wie die umfassende Erklärung aller Probleme ohne diese lösen zu wollen. Am Ende wird das Review in einem Protokoll mit sehr konkreten Verbesserungsvorschlägen festgehalten, die der Klinik dazu dienen, Ihre Strukturen und Abläufe, vor allem aber ihre Ergebnisse zu verbessern.

## Qualifikationsindikatoren führen mittels Peer Review zur Qualitätsverbesserung

Das Peer Review Verfahren findet große Akzeptanz und wird vor allem als „Qualitätsmanagement auf Augenhöhe“ und praktische Hilfestellung wahrgenommen. Das Verfahren ist nunmehr schon seit Jahren in einem Fortbildungscurriculum durch Bundesärztekammer unterstützt, welches Reviewer auf die besondere Herausforderung dieser sehr direkten Tätigkeit vorbereitet.

Die Erfahrung im Umgang mit den Qualitätsindikatoren bei HELIOS als auch bei IQM zeigen auf einer mittlerweile sehr breiten Basis, dass die Verwendung von Qualitätsindikatoren zur Qualitätsverbesserung mittels „Peer Review“ nicht nur praktikabel und wirksam sondern eindeutig positiv belegt ist. Ganz offensichtlich werden hiermit Kliniken sehr effektiv unterstützt, eine hohe Behandlungsqualität in einem sicheren Umfeld anbieten zu können.

## Aktive Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sind hilfreich

Nutzen diese Überlegungen bei der aktuellen Diskussion? Es ist das erklärte politische Ziel, Qualität zum Maßstab der Krankenhausfinanzierung und auch der Krankenhausplanung zu machen. Hierzu wird es vor allem validierter Indikatoren bedürfen, die zeitnah messbar und dann transparent darstellbar sind. Beide Aufgaben werden vom neu gegründeten Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen wahrgenommen. Inwieweit diese Rahmenbedingungen dann detailliert realisiert werden, wann hieraus de facto Konsequenzen gezogen werden und welche mag zum jetzigen Zeitpunkt schwer abzuschätzen sein. In Anbetracht der Ernsthaftigkeit der Diskussion scheint es aber wahrscheinlich, dass Kliniken, die schon heute aktive Erfahrungen in der praktischen Arbeit mit Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sammeln, besser gewappnet sein werden, mit diesen Rahmenbedingungen klar zu kommen. Der sicherste Weg sich der Diskussion um Qualitätsabschläge oder Qualitätssteuerung der Krankenhausplanung zu stellen, dürfte die Sicherstellung einer fraglos guten Qualität sein – und das kommt sowohl dem eingangs erwähnten Wohl als auch der Sicherheit unserer Patienten direkt zu Gute.

Informationen zum Autor:
Prof. Dr. Ralf Kuhlen,
Medizinischer Geschäftsführer der
HELIOS Kliniken GmbH, Berlin

Gerd Norden

# Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung

Das Bundeskabinett hat am 10.06.2015 den Entwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz) beschlossen. Nach der Pressemitteilung des BMG vom gleichen Tage beinhaltet dieser Gesetzentwurf folgende Schwerpunkte:

Foto: © Style-Photography/fotolia.com

- **Qualität** wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch an Qualitätsaspekten angeknüpft. Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden patientenfreundlicher gestaltet, denn Patientinnen und Patienten benötigen leichter nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus.

- Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung (Pflege am Bett) wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 - 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Mio. €. Ab 2019 stehen dauerhaft 330 Mio. € pro Jahr zur Verfügung. Dadurch können voraussichtlich 6.350 neue Stellen geschaffen werden, die ausschließlich der Pflege am Bett zugute kommen.

- Zur **Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung** werden die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen präzisiert. Krankenhäuser, die an einer stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten in Abhängigkeit der vorgehaltenen Notfallstrukturen Zuschläge. Zudem wird der Investitionsabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung von 10 auf 5% halbiert. Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben werden präzisiert. Die Spannbreite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahre 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert.

- Die **Neuausrichtung der Mengensteuerung** erfolgt in 2 Stufen. In einer ersten Stufe werden Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene dazu beitragen, mit Wirkung für das DRG-System 2017 die Bewertungen bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzu-

senken oder abzustufen. In einer zweiten Stufe folgt für das Jahr 2017 die Ebenenverlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene.

- Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein **Strukturfonds** eingerichtet. Dazu werden einmal Mittel in Höhe von 500 Mio. € aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten. So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. € zur Verfügung gestellt. Die Fördergelder werden in Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugute bekommen.

- Es bleibt dabei, dass die Bundesländer die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die Investitionskosten für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen haben.

## VLK-Schreiben an Bundesminister Altmeier

Der vom Bundeskabinett am 10.06.2015 verabschiedete Gesetzentwurf zum Krankenhausstrukturgesetz entspricht mit all seinen aus VLK-Sicht negativen Elementen fast wörtlich dem Referentenentwurf, der am 28.04.2015 vorgelegt wurde. Aus VLK-Sicht ist allerdings positiv anzumerken, dass bezüglich der Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen der Regierungsentwurf nunmehr der vom VLK (und der Bundesärztekammer) vorgeschlagenen Formulierung des § 135 c SGB V folgt: Zielvereinbarungen, die auf Bonusgewährungen für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Meßgrößen hierfür abstellen, werden ausgeschlossen. Damit soll insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gesichert werden.

Ansonsten sind die Kritikpunkte, die der VLK in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes aufgeführt hat, unverändert auch auf den jetzt vorgelegten Regierungsentwurf zu übertragen. Vor diesem Hintergrund hat der VLK – noch vor der Beratung im Bundeskabinett – in einem Brief an den Bundesminister für besondere Angelegenheiten, Peter Altmeier, eindringlich darum gebeten, im Hinblick auf die nicht zielführenden und zum Teil auch widersprüchlichen Bestimmungen des Gesetzentwurfes vor allem im Hinblick auf die Qualitätsindikatoren, die vorgesehenen Beratungen im Bundeskabinett hierüber bis zu einer dringend empfohlenen Nachbesserung zu verschieben.

Der Wortlaut des Schreibens an Minister Altmeier ist nachfolgend wiedergegeben.

Herrn
Peter Altmeier, MdB
Bundesminister für besondere Aufgaben
c/o Bundeskanzleramt
Willy-Brandt-Str. 1
11012 Berlin

Düsseldorf, 02.06.2015

**Krankenhausreform 2015**

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

nach den uns vorliegenden Informationen soll das Bundeskabinett im Juni dieses Jahres das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) beschließen. Wir bitten Sie dringend daraufhin zu wirken, diese Beschlussfassung auszusetzen, bis der derzeit vorliegende Gesetzentwurf in wesentlichen Punkten nachgebessert ist.

Die Bundesregierung hatte im Koalitionsvertrag vom November 2013 für den Krankenhausbereich eine „Qualitätsoffensive“ angekündigt, mit der sie die Qualität der stationären Versorgung verbessern wollte. Im jetzt vorgelegten Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes werden demgemäß als Zielsetzung die Weiterentwicklung der qualitativen Standards und die nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser vorgegeben. Beides kann nach Einschätzung des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte

Deutschlands mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen nicht erreicht werden:

Dem Gesetzentwurf zufolge sollen die Krankenhäuser mit Qualitätsindikatoren „vermessen“ werden. Bei Nicht-Erreichen dieser Qualitätsindikatoren droht den Krankenhäusern das Ausscheiden aus der Versorgungskette der stationären Leistungserbringung.

Diese Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhausleistungen sollen in einer ersten Version bis zum 31.12.2016 beschlossen werden. Nach einhelliger Einschätzung aller Experten wird es nicht möglich sein, in dieser kurzen Zeitspanne rechtssichere, fundierte und konsentierte Indikatoren für die Ergebnisqualität zu erarbeiten. Indikatoren für die Struktur-und Prozessqualität sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – wie mit den Stimmen der Kostenträger in den letzten Jahren mehrfach ohne adäquate Gegenfinanzierung geschehen – schneller bereitzustellen. Sie beinhalten aber vor allem kostenintensive Vorgaben im Personal- und Sachbereich, die vor dem Hintergrund der bereits seit Jahren zu konstatierenden Unterversorgung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich wie auch im Bereich der Investitionsfinanzierung nicht erfüllt werden können.
Wenn diese Indikatoren jedoch zum Maßstab für den Verbleib der Krankenhäuser in der Versorgungskette vorgegeben werden, dann ist die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft programmiert. Entsprechend negative Auswirkungen wird dies für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung haben.

Vor diesem Hintergrund erscheint es unumgänglich, zur Messung der Leistungsqualität der Krankenhäuser ausschließlich Indikatoren der Ergebnisqualität heranzuziehen und zu deren Erarbeitung eine ausreichende Zeitspanne von mehreren Jahren vorzusehen. Nur dann können solche sachgerecht entwickelten Qualitätsindikatoren als planungsrelevante und rechtssichere Vorgaben für die Krankenhäuser angesehen werden.

Der Gesetzentwurf enthält außerdem einen Widerspruch in sich: Einerseits soll die Qualität der in den Krankenhäusern erbrachten Leistungen deutlich gesteigert werden. Andererseits werden Krankenhäuser, die aufgrund ihrer guten Qualität einen höheren Zulauf verzeichnen, ggf. mit Vergütungsabschlägen bestraft, da aus dem Blickwinkel der Kostenträger – ggf. auch der Politik – unterstellt wird, dass Fallzahlsteigerungen in aller Regel wirtschaftlich begründet sind.

Hinzu kommt, dass durch den vorliegenden Gesetzentwurf die zentralen Probleme der Krankenhäuser im Bereich der Betriebskostenfinanzierung ungelöst bleiben und durch neue Kürzungen und Belastungen eine massive Verschlechterung eintreten wird.

In der Gesamtschau des vorliegenden Entwurfes eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung wird nach Einschätzung des VLK die Intention des Verordnungsgebers deutlich, unter dem Deckmantel der Qualität eine Ausdünnung der Krankenhauslandschaft herbeizuführen.

Um nicht missverstanden zu werden: Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands unterstützt ausdrücklich eine sachgerechte und mit Augenmaß geführte „Qualitätsoffensive“. Diese sollte jedoch zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich führen und nicht – wie durch die Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfes zu befürchten – die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu Lasten der Patienten schwächen.

Sollte das Bundeskabinett den vorliegenden Gesetzentwurf in der derzeitigen Abfassung beschließen, wird der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands sich den hiergegen zu erwartenden bundesweiten Protestaktionen der in den Krankenhäusern Tätigen mit allem Nachdruck anschließen.

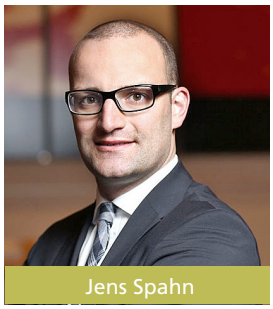
Mit freundlichen Grüßen

**Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident VLK**

**Dipl.-Volksw. Gerd Norden, Hauptgeschäftsführer**

# Kommentierungen und Pressemeldungen zum Kabinettsentwurf

Bei den „Krankenhausverbänden“ hat der Entwurf der Bundesregierung zum Krankenhausstrukturgesetz – wie nicht anders zu erwarten – durchweg negative Reaktionen ausgelöst. Eine Auswahl entsprechender Kommentierungen findet sich nachfolgend:


Jens Spahn

## Jens Spahn MdB

„Einfach nur mehr Geld wäre keine Lösung, es braucht zudem strukturelle Veränderungen. Beides leistet das geplante Gesetz. Weniger unnötige Operationen, weniger leer stehende Betten und insgesamt mehr Qualität, das ist unser Ziel. Da ist das Gesetz ein großer Schritt in die richtige Richtung.“

## SoVD-Präsident Adolf Bauer

„Die Reform der Krankenhäuser ist mit enormen Hoffnungen der Patienten verbunden. Jetzt ist zu befürchten, dass das Gesetz selbst zum Notfall wird“, warnt SoVD-Präsident Adolf Bauer. Der Verbandspräsident fordert eine verlässliche Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser.
„Die Bundesländer müssen stärker in die Pflicht genommen werden, damit die Rechnung am Ende auch bezahlt werden kann“, so Bauer.
Aus Sicht des SoVD drohen den Versicherten zudem einseitige Mehrbelastungen. Die mit den geplanten Reformmaßnahmen verbundenen Mehrausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung betragen Schätzungen zufolge bis 2020 rund 5,4 Milliarden Euro. Ohne eine paritätische Finanzierung der Beitragssätze zur Krankenversicherung müssen die Versicherten diese Kosten alleine tragen.
Der Sozialverband SoVD vertritt die Interessen der Patientinnen und Patienten.

## DKG

**Krankenhäuser brauchen Befreiungsschlag**
Berlin, 10. Juni 2015 – „Diese Krankenhausreform ist viel Etikettenschwindel: Wo Hilfe drauf steht, sind neue Belastungen drin“, kommentiert der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Thomas Reumann, den soeben vom Kabinett verabschiedeten Reformentwurf. Damit werde weder die Versorgung der Patienten verbessert, noch die Finanzierung der Krankenhäuser gesichert.
Angesichts bekannter Personalbelastungen, angesichts 40 Prozent Krankenhäuser mit roten Zahlen, angesichts überlasteter und unterfinanzierter Notfallambulanzen und angesichts einer jährlichen Investitionslücke in Milliardenhöhe werde ein Gesetzentwurf beschlossen, der den Krankenhäusern allein in 2017 Mittel in Höhe von einer Milliarde Euro entziehe und der keinerlei Perspektive für die Lösung der zentralen Probleme der Krankenhäuser beinhalte, so Reumann weiter: „Wir haben nicht den Eindruck, dass die für dieses Reformkonzept Verantwortlichen aus Bund und Ländern wirklich wissen, was in den Krankenhäusern los ist“. Die Politik verkenne die breite Welle der Kritik und Empörung in den Krankenhäusern gegen die Reformpläne.
„Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser versorgen immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit und sie erwarten zu Recht, dass die Politik diese Leistung sieht und honoriert“, so Reumann weiter. Stattdessen wolle die Politik den Krankenhäusern ab 2017 den sogenannten Versorgungszuschlag i. H. v. 0,8 Prozent der DRGVergütung streichen. Damit würden den Kliniken mit einem Schlag 500 Millionen Euro pro Jahr ab 2017 gestrichen. Das sei weit mehr als das Personalförderprogramm mit gerade einmal 220 Millionen Euro im Jahr 2017 für die Neueinstellung von Pflegekräften zur Verfügung stelle. Die zusätzlich höchstens 4.400 Pflegekräfte helfen wenig, wenn gleichzeitig die Mittel für 10.000 Pflegekräfte gekürzt werden. Zumal das Pflegestellenförderprogramm nicht zum Tragen kommen werde, da viele

Krankenhäuser den Eigenanteil und die Folgekosten von Neueinstellungen nicht aufbringen können. Hier habe die Gewerkschaft ver.di Recht – das Personalförderprogramm sei reine Symbolpolitik.
Der Reformentwurf propagiere Verbesserungen der Patienten, liefere dann aber keinerlei Lösungsansätze für den wachsenden medizinischen Behandlungsbedarf, betont Reumann. Die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt seien Fakten, die man nicht ignorieren könne. Der Gesetzentwurf sehe aber bei der Vergütung von zusätzlichen Leistungen sogar Kürzungen in einer Größenordnung von 50 Prozent und mehr vor. Die Folge von solchen Kürzungen seien zwangsläufig Rationierungen, die die Politik den Patienten dann erklären müsse.
Eine Finanzierung der steigenden Betriebskosten, etwa durch Tarifabschlüsse für die Pflegekräfte oder Ärzte sei im Reformentwurf nicht vorgesehen. Im Gegenteil sollen steigende Produktivitätsentwicklungen zu Preissenkungen führen. Maßstab sollen die Krankenhäuser mit durchrationalisiertem Personaleinsatz werden. Hier werde eine Spirale des Personalabbaus in Gang gesetzt, unterstreicht Reumann.
„Was im Gesetzentwurf völlig fehlt, ist eine Lösung des Investitionsstaus“, so Reumann weiter. Der vorgesehene Investitionsfond helfe nur bei Schließungen oder Umwidmungen, nicht aber den Krankenhäusern, die weiterhin gebraucht werden und in moderne Strukturen investieren müssten. Mehr Qualität, mehr Sicherheit, mehr Infektionsprophylaxe und mehr Wirtschaftlichkeit bräuchten Investitionen, die dann aber auch finanziert werden müssten.
Die angekündigte Qualitätsoffensive bleibe eine Verbaloffensive, weil die erforderlichen Ressourcen nicht in erforderlichem Umfang bereitgestellt würden. Geradezu kontraproduktiv für mehr Qualität seien die vorgesehenen Abschläge, wenn aufwendig dokumentierende Qualitätsindikatoren nicht erreicht würden. Mehr Qualität durch weniger Geld – selbst die Krankenkassen würden diesen aus dem amerikanischen System entlehnten Ansatz ablehnen.
Keinerlei Akzeptanz in den Krankenhäusern würden die zusätzlichen Dokumentationen und überzogenen Kontrollen durch den medizinischen Dienst der Kassen finden. Die Zeit für mehr Bürokratie fehle den Ärzten und Pflegekräften am Patientenbett und trage ganz sicher nicht dazu bei, die medizinische Versorgung zu verbessern.
Die punktuellen Entlastungen, die der Gesetzentwurf ohne Zweifel beinhalte, stünden in keinem Verhältnis zur bestehenden und noch weiter verschärften Unterfinanzierung der Krankenhäuser“, macht der DKGPräsident deutlich.
„Das Vertrauen in diese Krankenhausreform sei beschädigt“, fasst Reumann zusammen. Die Krankenhäuser würden deshalb in die Offensive gehen mit einer Kampagne der Krankenhäuser in Deutschland als Weckruf an die Politik, damit die hochwertige und gute Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten flächendeckend und zukunftsfähig erhalten bleiben kann – denn darum gehe es, fasst Reumann zusammen. „Was wir wirklich brauchen ist ein Befreiungsschlag, der den Krankenhäusern die Luft zum Atmen gibt, damit sie sich auf ihre Aufgabe konzentrieren können, die Patienten qualitativ hochwertig und bestmöglich zu versorgen“.

## BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Harald Terpe MdB

„Die Krankenhausreform verdient diesen Namen nicht. Die zentralen Baustellen werden nicht angegangen. Es fehlt die dringend überfällige Reform der Investitionsfinanzierung. Außerdem fehlen Schritte zu einer Klinikplanung, die den ambulanten und stationären Sektor miteinander verzahnt. Die Vorschläge für eine dauerhafte Finanzierung der Pflege sind völlig unzureichend. Der Pflegenotstand kann so nicht behoben werden.“

## Die Linke, Harald Weinberg MdB

„Diese Krankenhausreform ist ein weiterer Meilenstein auf dem Irrweg der Fallpauschalen. Die großen Probleme in den Krankenhäusern werden nicht gelöst, sondern weiter verschärft. Anstatt die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern und die Krankenhäuser wirtschaftlich abzusichern, wird das Gesetz zu einer neue Welle von Schließungen und Privatisierungen führen“, kommentiert Harald Weinberg, gesundheitspolitischer Sprecher der LINKEN, die heute im Kabinett verabschiedete Vorlage zum Krankenhausstrukturgesetz. Weinberg weiter:

„Mit viel Flickwerk wird versucht, die zahlreichen und offensichtlichen Fehlanreize einzudämmen, die das DRG-System (diagnosebezogene Fallgruppen) hervorbringt. Manche Maßnahmen werden dafür sorgen, dass ein schlechtes System an einigen Stellen etwas besser funktioniert. Das ändert aber nichts an der falschen Grundausrichtung dieser Krankenhauspolitik.
Am Personalmangel in den Krankenhäusern und ihrer massiven Unterfinanzierung durch die Länder wird sich durch dieses Gesetz überhaupt nichts ändern. Um die Situation und die Qualität in den Krankenhäusern wirklich zu verbessern bräuchte es Geld. Bund und Länder haben sich aber auf eine 'Reform' geeinigt, die sie möglichst wenig kosten soll. Deswegen ist das Pflegeförderprogramm ein schlechter Witz und der neu geschaffene Strukturfonds dient nicht einer verbesserten Versorgungsstruktur, sondern als Abwrackprämie für unwirtschaftliche Abteilungen und Kliniken.
Anstatt eine bedarfsgerechte und humane Versorgung von Kranken sicherzustellen, wird die stationäre Versorgung weiter nach den Prinzipien von Markt, Wettbewerb und Konkurrenz umgebaut. Das wird negative Auswirkungen für die Menschen und die Krankenhäuser selbst haben."

---

**VKD**

**Kabinett entscheidet zu Lasten der Patienten, Mitarbeiter und Krankenhäuser**
**VKD: Wir können diese verfehlte Gesetzgebung nicht weiter hinnehmen**
Berlin, d. 10. Juni 2015. Der Gesundheitsminister geht seinen Weg. Alle Expertenmeinungen, alle Argumente, jeder noch so plausible Einwand bringen ihn offensichtlich nicht davon ab. Der Referentenentwurf für eine Krankenhausreform ging jetzt ohne nennenswerte Änderungen ins Kabinett und wurde hier beschlossen.
„Damit bewegt sich die Politik in eine Richtung, die für eine Krankenhausversorgung in hoher Qualität nicht nur äußerst fatal, sondern gefährlich abschüssig wird", kommentiert der Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), Dr. Josef Düllings. Es werde nicht im Entferntesten deutlich, dass die Regierungskoalition eine wirklich substanzielle, an der Sache orientierte Gesetzesentscheidung anstrebe.
„Entgegen allen vollmundigen Erklärungen, mit dem neuen Gesetz würden Milliarden in den Krankenhausbereich fließen, geht es tatsächlich um erhebliche Mittelkürzungen. Die wirklich wesentlichen Probleme - die seit Jahren mangelhafte Investitionsfinanzierung, das durch die fehlende Gegenfinanzierung von Tarifsteigerungen entstandene Personalkostendilemma, die extrem unterfinanzierte ambulante Notfallversorgung - werden nicht einmal angefasst, geschweige denn gelöst", sagt der VKD-Präsident.
„So empörte Reaktionen wie auf diesen Gesetzentwurf haben wir von Mitgliedern unseres Verbandes und von Mitarbeitern der Krankenhäuser bisher noch nie zuvor erhalten", berichtet VKD-Geschäftsführerin Gabriele Kirchner. Alle fühlten sich getäuscht. Ging es doch noch bei Gründung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Krankenhausreform vor anderthalb Jahren um die Zukunftsfestigkeit der Krankenhausversorgung. Diese werde es mit dem geplanten Gesetz nicht geben.
Auch die angekündigte Qualitätsoffensive kann damit nicht gelingen. Denn: Wer das eine will, muss das andere mögen, sagt der Volksmund. Wer mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung will, kann nicht gleichzeitig ignorieren, dass dafür eine finanzielle Basis notwendig ist.
Wenn die Regierungskoalition die Ziele der Krankenhausreform 2015 erreichen will, muss sie sich für eine grundlegende Kurskorrektur in der Gesetzgebung entscheiden. Ansonsten werden es die derzeit geplanten Regelungen den Krankenhäusern schwer machen, die auf sie zukommenden Aufgaben, vor allem den vorhersehbar steigenden Versorgungsbedarf, in der erwarteten hohen Qualität zu schultern.
Die Krankenhausbranche muss sich angesichts des aktuellen Referentenentwurfs zum wiederholten Mal gegen eine verfehlte Gesetzgebung zur Wehr setzen. Das wird sie im Sinne der Kliniken, ihrer Patienten und Mitarbeiter, tun.
**Hintergrund**
Kritik übt der VKD vor allem am Fehlen einer zukunftsfesten Lösung für die von der Politik selbst verursachten finanziellen Probleme der Krankenhäuser. Dazu gehört die seit Jahren ungenügende Finanzierung der Regelinvestitionen, die einen permanenten Gesetzesverstoß durch die Länder darstellt – und die durch den Gesetzentwurf gesetzwidrig verfestigt wird. Auch die unvollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch die Krankenkassen soll nicht verändert werden.
Massiv bestrafen will die Regierungskoalition zudem Mehrleistungen, die außerdem stets und ständig als nicht medizinisch sondern wirtschaftlich verursacht verunglimpft werden und auf die jahrelang Preisabschläge erfolgen sollen. Das trifft leistungsstarke Krankenhäuser besonders und erstickt den ebenfalls ge-

planten Qualitätswettbewerb im Keim.
Alle vorgesehenen Regelungen zur Steuerung der Leistungsmengen stellen eine faktische Leistungsbremse und damit eine Deckelung der Krankenhausbudgets dar.
Hinzu kommt, dass der Versorgungszuschlag von 0,8 Prozent für die Krankenhäuser, den die Vorgängerregierung beschlossen hatte, mit einem Volumen von rund 500 Millionen Euro pro Jahr, ab 2017 entfallen soll.
Völlig unakzeptabel ist für den Managerverband die neue Rolle, die dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zugewiesen wird. Neben seiner bisherigen Aufgabe soll er künftig die Einhaltung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-A) vor Ort in den Krankenhäusern kontrollieren. Hier wird aus Sicht des VKD der Bock zum Gärtner gemacht. Bisher ist der MDK vor allem auf Rechnungskürzungen im Auftrag der Kassen aus und scheut auch nicht davor zurück, notwendige Behandlungen und Klinikaufenthalte von Patienten in Frage zu stellen. Betont werden muss: Die Qualität der Krankenhäuser wird bereits heute umfangreicher kontrolliert als dies in allen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung der Fall ist. Nirgends wird Qualität derart transparent dargestellt.
Der Referentenentwurf trägt mit weiteren zahlreiche Kontrollmechanismen dazu bei, dass die Bürokratie wie ein Unkraut immer weiter wuchert. Ressourcen werden verschwendet und Personal mit ausufernden Dokumentationsaufgaben belastet – Zeit, die für die Patienten fehlt.
Absolut enttäuschend ist das Fehlen einer Regelung zur Ambulanten Notfallversorgung im Referentenentwurf. Noch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung war von der notwendigen Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung die Rede. Aus Sicht des VKD ist es wirklichkeitsfremd, auch künftig die Zuständigkeit für die ambulante Notfallversorgung und damit die Regelung der Vergütung für die Kliniken allein bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu belassen. Krankenhäuser versorgen schon heute mehr Notfälle als die niedergelassenen Ärzte – zu deutlich schlechteren Konditionen, die absurder Weise von den KVen und Krankenkassen festgelegt werden, ohne dass die Krankenhäuser irgendein Mitspracherecht hätten.

## Christliche Krankenhäuser in Deutschland (CKiD)

**Probleme der Krankenhäuser werden verschärft! Christliche Krankenhäuser von Reformgesetz enttäuscht**
Aus Sicht der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland lenkt der gestern vom Kabinett verabschiedete Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes von den entscheidenden Problemen der Krankenhäuser ab und verschärft diese, anstatt zu ihrer Lösung beizutragen.
Der Gesetzentwurf zielt auf die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung auch in Zukunft. Dazu leisten die christlichen Krankenhäuser gerne ihren Beitrag. Gute Qualität setzt aber auch entsprechende Rahmenbedingungen voraus, die im Gesetzentwurf jedoch nicht berücksichtigt sind. Hier sehen die christlichen Krankenhäuser erheblichen Nachbesserungsbedarf.
„Der Gesetzentwurf leistet keinen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der angespannten Personalsituation in den Kliniken, vor allem in der Pflege. Um die für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung erforderliche personelle Besetzung sicherstellen zu können, fordern wir mit Priorität eine konsequente Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen“, so der Vorsitzende des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes, Christoph Radbruch. Erneut wird versäumt, die Voraussetzungen für eine auskömmliche Vergütung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser zu schaffen. Stattdessen wird der Einspardruck auf Kliniken und Personal noch erhöht. „Wir fordern den Verzicht auf die vorgesehenen neuen Abschlagsregelungen und Erlöskürzungen sowie die verlässliche, zeitnahe Refinanzierung unabwendbarer Kostensteigerungen“, unterstreicht Radbruch.
„Der Gesetzentwurf blendet die demografische Entwicklung völlig aus. Der angestrebte massive Abbau von Krankenhauskapazitäten wird den Herausforderungen der Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung schwerlich gerecht“, moniert der stellvertretende Vorsitzende des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands, Ingo Morell. „Im Blick auf die vorgesehenen Regelungen für die Vergütung zusätzlicher Leistungen fordern wir, dass Krankenhäuser nicht auf den Kosten für eine steigende Inanspruchnahme sitzen bleiben.“ Obwohl die seit Jahren unzureichende Investitionsfinanzierung von den politisch Verantwortlichen als fundamentales Problem der Krankenhäuser erkannt wird, bietet der Gesetzentwurf dafür keinerlei Lösungsansatz. „Ohne die Verantwortung der Länder zu schmälern, sehen wir auch den Bund in der Pflicht, durch geeignete Maßnahmen zu einer verlässlichen und auskömmlichen Investitionsfinanzierung beizutragen“, betont Morell.

## VLK

**„Gesetzentwurf zur Ausdünnung der Krankenhauslandschaft“**

Foto: © Brian Jackson/fotolia.com

Als Gesetzentwurf zur Ausdünnung der Krankenhauslandschaft hat Professor Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), den am 10.06.2015 vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes bezeichnet.

Nach Einschätzung des VLK verfehlt der Gesetzentwurf 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 Indikatoren rechtssicher, fundiert und konsensfähig 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.

Der Gesetzentwurf enthalte außerdem einen Widerspruch in sich: Einerseits solle die Qualität der in der Krankenhäusern erbrachten Leistungen deutlich gesteigert werden. Andererseits werden Krankenhäuser, die aufgrund ihrer guten Qualität einen höheren Zulauf verzeichnen, ggf. mit Vergütungsabschlägen bestraft, da aus dem Blickwinkel der Kostenträger – ggf. auch der Politik – unterstellt wird, dass Fallzahlsteigerungen in aller Regel wirtschaftlich begründet seien.

Hinzu komme, dass durch den vorliegenden Gesetzentwurf die zentralen Probleme der Krankenhäuser im Bereich der Betriebskostenfinanzierung ungelöst bleiben und durch neue Kürzungen und Belastungen eine massive Verschlechterung eintreten wird.

**Weiser:** „Wenn im Zuge der weiteren parlamentarischen Beratungen dieser Gesetzentwurf keine signifikanten Verbesserungen erfährt, wird die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und damit die qualitativ hochstehende flächendeckende Versorgung der Patienten erheblichen Schaden nehmen.“

## ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

**Krankenhausreform ignoriert dramatische Personalsituation – Bundesweite Protestkette am 24. Juni 2015**

Nach Auffassung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) bietet der am heutigen Mittwoch im Kabinett vorgelegte Gesetzentwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz keine Lösung für den dramatischen Personalmangel im Krankenhaus. „Mit einem Kleinstförderprogramm lassen sich die aufgestauten Probleme nicht lösen“, sagte ver.di-Bundesvorstandsmitglied Sylvia Bühler in Berlin. Der Gesetzgeber wolle mehr Qualität sicherstellen. Doch gute Qualität brauche genug Personal. Dieser Zusammenhang werde im Gesetzentwurf vollständig ignoriert. „Niemand kann sich herausreden, er kenne die dramatischen Auswirkungen der Personalnot für Patienten nicht. Wenn die Bundesregierung das Problem nicht wirkungsvoll angeht, nimmt sie billigend die Gefährdung von Menschen in Kauf.“

Das von der Bundesregierung aufgelegte Pflegeförderprogramm verdiene seinen Namen nicht, sagte Bühler.

In drei Schritten sollen demnach bis zum Jahr 2018 maximal 7.000 neue Stellen für die Pflege am Bett geschaffen werden. Nach Berechnungen von ver.di werden aber mindestens 70.000 Neueinstellungen allein in dieser Berufsgruppe gebraucht. Insgesamt bestehe ein Fehlbestand von 162.000 Beschäftigten, um eine gute und sichere Krankenversorgung zu leisten.
Damit fehlt in den Krankenhäusern jede sechste Angestellte. Weil der Mangel seit Jahren ausgesessen wird, sind nach Angaben von ver.di zwischenzeitlich mindestens acht Mrd. Euro notwendig, um die erforderlichen Stellen zu schaffen. Die Bundesregierung will jedoch nur 660 Mio. Euro im Rahmen des Pflegeförderprogramms zur Verfügung stellen – alle anderen Berufsgruppen gehen leer aus. Zudem verstärke die unzureichende Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Investitionen die Personalprobleme. Entgegen der Gesetzeslage finanzieren Krankenhäuser rund vier Mrd. Euro jährlich für die notwendigsten Investitionen aus ihren Betriebsmitteln. Das sind hauptsächlich Gelder, die dann beim Personal eingespart werden. Auch hier zeigt der Gesetzentwurf keine Lösung auf.
„Bei den Beschäftigten herrscht blankes Unverständnis über die Ignoranz der Bundesregierung. Der Gesetzentwurf muss dringend nachgebessert werden“, sagte Bühler weiter. Arbeitsüberlastung und Gefährdung der Patientensicherheit seien zwar bekannt, aber die Regierung übe sich im Nichtstun.
Deshalb will ver.di am 24. Juni 2015, dem Tag der Gesundheitsministerkonferenz, mit einer Protestkette vom Nordseestrand bis in die bayerischen Berge, von Görlitz bis Saarbrücken den Personalmangel in den Krankenhäusern sichtbar machen. Um die Mittagszeit halten Beschäftigte vor den Kliniken Schilder mit den Zahlen von Eins bis 162.000 hoch und dokumentieren damit öffentlich den Fehlbedarf. „Eine solch breit getragene Aktion hat es bisher im Gesundheitswesen noch nicht gegeben“, stellte Bühler fest.
ver.di will eine gesetzliche Regelung der Personalausstattung in den Krankenhäusern, die auch eine ausreichende Finanzierung vorsieht. Es müsse gesichert werden, dass die dafür zur Verfügung gestellten Mittel auch beim Personal ankommen und nicht an anderer Stelle verwendet werden. Bundes- und Landespolitiker seien gefordert jetzt tragfähige Lösungen im Gesetz vorzusehen.

## Techniker Krankenkasse

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen in der Krankenhausversorgung (KHSG) nimmt die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern eine wichtige Weichenstellung für mehr Qualitätsorientierung in der stationären Versorgung vor. Aus Sicht der TK ist es absolut richtig, Qualität zu einem maßgeblichen Steuerungsparameter auszubauen. Der Gesetzentwurf regelt die notwendigen Grundlagen und Vorarbeiten und wird von der TK mit Nachdruck unterstützt. Es geht darum, Qualität besser messen zu können und für die Patienten mehr Transparenz über das Qualitätsniveau eines Hauses, einer Abteilung oder dort erbrachter Prozeduren zu erreichen. Im zweiten Schritt wird es auf der neuen gesetzlichen Grundlage möglich sein, Qualität in der Vergütung abzubilden und damit starke Anreize für mehr Qualitätsorientierung zu setzen. Bund und Länder machen mit dieser Reform einen wichtigen Schritt nach vorn.

**1. Qualität darf kein Flickenteppich werden**
Der Entwurf sieht vor, unter Wahrung der föderalen Strukturen bundeseinheitliche Qualitätsindikatoren und Planungskriterien zu entwickeln. Sie können dann in die Krankenhauspläne der Länder einfließen und langfristig die Angebotsstrukturen verändern. Krankenhäuser, die dauerhaft nicht die notwendigen Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, würden vom GKV-Markt verschwinden. Diese Grundsatzentscheidung wird von der TK nachdrücklich unterstützt. Es ist jedoch problematisch, dass der Paradigmenwechsel relativiert wird, in dem die Letztentscheidung über die Verbindlichkeit der Kriterien bei den Ländern liegt. Im Ergebnis bleibt das Gesetz eine Absichtserklärung, die vom Goodwill des jeweiligen Landes abhängig ist. Es könnte ein qualitativer Flickenteppich entstehen. Das Ziel, die Transparenz des Versorgungsangebots zu verbessern und einen Wettbewerb um gute Qualität anzuregen, würde nicht flächendeckend erreicht.

**2. Beim Strukturfonds auf Zweckbindung achten**
Für die TK besteht der Sinn des Strukturfonds darin, echte Umstrukturierungen anzustoßen und zu beschleunigen. Das können Schließungen von Häusern oder Abteilungen sein, aber auch die Verlagerung und Bildung von Kompetenzzentren. Aufgabe des Strukturfonds kann es nicht sein, Defizite in der Investitionsfinanzierung auszugleichen. Es ist deshalb wichtig, bei der Ausgestaltung der Förderkriterien

darauf zu achten, dass tatsächlich eine Strukturveränderung erfolgt. Abgebaute akutstationäre Einheiten dürfen nicht anderswo wieder neu entstehen, örtliche Verlagerungen müssen Synergieeffekte bringen. Von den Ländern sind verbindliche Nachweise über real genutzte Kapazitäten zu fordern. Eine finanzielle Förderung des Abbaus nicht belegter Betten einer Organisationseinheit lehnen wir ab. Die Private Krankenversicherung wird von den Maßnahmen des Strukturfonds profitieren und sollte sich deshalb an der Finanzierung beteiligen.

**3. Länder müssen Investitionszusagen einhalten**
Die Länder verpflichten sich mit der Reform, das durchschnittliche Investitionsniveau der Jahre 2012 bis 2014 zu halten. Die TK fordert die Länder auf, diese Zusage einzuhalten. Ein weiteres Absenken der Investitionsmittel darf es nicht geben. Mittelfristig wird auch das aktuelle Niveau nicht ausreichen, um den Modernisierungsbedarf in angemessener Weise abzubilden. Die Krankenkassen müssen deshalb weiterhin befürchten, dass ihre Finanzmittel, die den laufenden Betrieb der Häuser gewährleisten sollen, zur Finanzierung von Investitionen zweckentfremdet werden. Fehlallokationen und ungerechtfertigte Mengenausweitungen werden nicht strukturell, sondern nur symptomatisch bekämpft.

**4. Transparenz des DRG-Systems erhalten**
Mit dem Gesetzentwurf wird auch das Ziel verfolgt, die Finanzausstattung der Krankenhäuser zu verbessern. Zahlreiche, zum Teil zweckgebundene Zuschläge werden in Aussicht gestellt und sind von den Krankenkassen zu finanzieren. Bei der Mengensteuerung ist zudem eine weitere Verlagerung von der Landesebene auf die Ebene der Häuser vorgesehen. Bereits im zwölften Jahr nach seiner Einführung ist ein starker Trend zur Verwässerung des DRG-Systems zu verzeichnen, den die Politik nicht weiter zulassen sollte.


## Impressum

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

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


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

**Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.**

Dr. Jürgen Brenner

# Bericht über den Bundeskongress 2015

## Hotel Hilton, Berlin

Ein verschämter Blick auf den Kalender.

Wie bitte?

Zurück in die Zukunft?

Habe ich den VLK-Bundeskongress verpasst?

Ich kann Sie beruhigen, die Veranstaltung war natürlich noch nicht.

Am 19. September geht es los.

Versuchen wir eine antizipative, nicht ganz ernst gemeinte Betrachtung.

So schwierig ist es nicht, ist doch jedes Jahr gleich, oder?

Los geht's.

Wieder einmal zu lange und wenig inspirierende Vorträge. (In der Hoffnung, die eingeladenen Referenten und Vorsitzenden lesen diesen Artikel nicht – warum eigentlich nicht?). Diskussionen ganz nett, doch ohne Feuer, meist wieder nur Statements und Eitelkeiten. Hier und da gute Ansätze, etwas Konkretes mit nach Hause zu nehmen, doch am Ende blieb nicht viel. Veranstaltungsort Hilton und nicht mehr das Adlon. Schade sagen einige,

„ich bin nur wegen des Adlons gekommen".

Da wo die Großen absteigen. Gehören wir nicht dazu?

Und jetzt im Hilton, na ja, Standard. Am Nachmittag war die Hälfte der Teilnehmer nicht mehr da.

Warum?

Programm zu langweilig? Familiennachmittag? Bundesliga? Oder schlichtweg Berlin mit seinen Attraktionen? Wieder einmal sind 10% der angemeldeten Teilnehmer nicht erschienen – kostet ja auch nichts.

Wobei ich einen Unkostenbeitrag als sinnvoll ansehe. Gut, kann man diskutieren. Doch € 100.- scheinen angemessen.

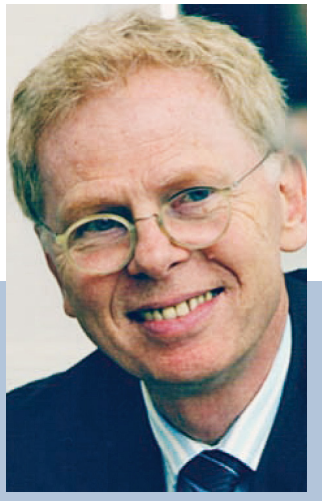
Wobei die Chefarztgehälter auch nicht mehr das sind, was sie einmal waren. Wahrscheinlich stehe ich damit allein - im Präsidium jedenfalls.

Wieder nur knapp 120 Teilnehmer und die Frage, wo sind sie, die VLK-Mitglieder?

Das Präsidium hält weiter unerschütterlich an einem Bundeskongress fest. Was ist die Motivation? Was versprechen wir uns davon?

Seitdem im VLK regelmäßige Telefonkonferenzen statt finden, sind die Reisetätigkeiten deutlich weniger geworden und die Kommunikation effektiver. Was lernen wir daraus? Sind Kongressveranstaltungen Auslaufmodelle?

Einmal als Landesvorsitzender des VLK eingetragen, bekommen Sie täglich Post mit Kongressankündigungen und Kongressprogrammen. Die Abfalltonne für Altpapier quillt regelmäßig über. Kaum ein Programm, das es auf den Schreibtisch schafft. Warum? Weil immer alles gleich aussieht. Häufig finden Sie dieselben Referenten an verschiedenen Veranstaltungsorten mit denselben Vorträgen. Und, das kostet den Veranstalter auch noch Geld. Es gibt kaum einen Referenten, der kein Honorar verlangt und die meisten von Ihnen müssen über zahllose Referentenagenturen gebucht werden. Die wollen natürlich mitverdienen. Politiker sagen zu und später wieder ab. Die Honorarforderungen schießen ins unermessliche. Natürlich wird das Geld gestiftet. Man ist ja gern wohltätig.



Dr. Jürgen Brenner

In einer Diskussion mit Kollegen zur Frage:

„Wie gestalten wir einen Kongress attraktiv und füllen die Säle?",

sagten die meisten,

„wir müssen große Namen bieten, dann kommen auch die Teilnehmer!".

Gut, das mag stimmen, dass beispielsweise für den Vortrag unseres Bundespräsidenten Gauck, mehr Zuhörer zu erwarten wären, als stünde ein „Unbekannter" auf dem Podium. Wie wäre es mit George Clooney?

Ist ja auch mal ganz schön, einem Prominenten live zuzuhören, den man sonst nur im Fernsehen zu Gesicht bekommt. So erinnere ich mich an einen wunderbaren Vortrag von Siegfried Lenz, der in beeindruckender Weise die zahlreichen Zuhörer bewegt hatte.

Bewegung wollen wir auch mit dem VLK-Bundeskongress aus-

lösen, und wir wollen gleichzeitig Themen diskutieren, die von den Mitgliedern kommen, über Herausforderungen sprechen, denen sie täglich ausgesetzt sind, und wir wollen gemeinsam Lösungen finden. Wenn man nach einem Kongress mit einem Tool, einem Handwerkszeug nach Hause gehen könnte, welches am nächsten Tag im Klinikalltag einsetzbar wäre, wäre das nicht ein erstrebenswertes Ergebnis?

Die Kommunikation, das persönliche Gespräch, das Kennenlernen und Finden von Gemeinsamkeiten, häufig in den Kaffeepausen sind die eigentlichen bleibenden Erinnerungen solcher Veranstaltungen.

Und der Bundeskongress 2015. Hat er etwas gebracht? Lassen Sie mich eine Prognose wagen – soll ja ein vorweggenommener Rückblick sein – in einer Woche spricht keiner mehr davon.

Ich bin übrigens Optimist.

Wenn Sie es bis hierhin geschafft haben, möchte ich Ihnen gratulieren, denn Sie haben mich durchschaut. Der Grund dieser zugegebenermaßen skurrilen Betrachtung ist klar: Werbung für den VLK-Bundeskongress.

Na, wenn das keine Werbung ist?

Wissen Sie, was eine paradoxe Intervention ist? Das habe ich gerade ansatzweise versucht. Also das bedeutet, all das zu planen und zu unternehmen, was ein Projekt zuverlässig scheitern lässt. Sollten Sie einmal mit Ihren Mitarbeitern in einem Brainstorming versuchen. Zählen Sie gemeinsam alles auf, was Ihr Vorhaben wirklich scheitern lässt. Das kann lustig sein und manchmal kommt auch etwas Sinnvolles dabei heraus.

Im Falle des Bundeskongresses z.B. würde das bedeuten:

- Wir verzichten auf Werbung oder Hinweise
- Wir planen thematisch an der Realität vorbei – lieblos zusammengestellte Themen
- Das Datum kollidiert mit anderen attraktiven Veranstaltungen
- Der Veranstaltungsort ist mies und schlecht zu erreichen – kaum Parkmöglichkeiten
- Die Redner sind alle unbekannt – wir sparen Honorare
- Keine Verpflegung, noch nicht einmal Kaffee – sollen doch die Teilnehmer selber organisieren
- Beginn 07:30, Ende 18:00
- usw.

Merken Sie etwas?

Wenn das alles so wäre, könnten wir uns die Mühe sparen, Bundeskongresse zu veranstalten und wer selber schon einmal so etwas organisiert hat, weiß, welchen Aufwand es bedeutet – zumal alles hausgemacht ist – in der eigenen Küche.

Wir würden uns wirklich freuen, wenn wir Sie in Berlin begrüßen dürfen und wir würden uns noch mehr freuen, wenn Sie uns unterstützen, indem Sie uns Feedback geben und uns mit Ideen, Wünschen und Empfehlungen unter die Arme greifen.

Denn der VLK, das sind wir!

CU am 19. September in Berlin!

# 4. VLK Bundeskongress

## Berlin, 19. September 2015

### Der leitende Krankenhausarzt: Sündenbock oder Wertschöpfer?

*„Dass wir das Schlechte so leicht glauben, ohne es genau geprüft zu haben, ist eine Folge von Hochmut und Trägheit: Wir brauchen einen Sündenbock und sind doch zu faul, uns zu überzeugen, ob die Anklage auch berechtigt ist.“*

François de La Rochefoucauld

**Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,**

mit dem Generalthema des 4. VLKBundeskongresses soll der Frage nachgegangen werden, wo denn im Bewusstsein der Patienten, der Öffentlichkeit, des Krankenhausmanagements und der Politik der Stellenwert des leitenden Krankenhausarztes wirklich anzusiedeln ist. Dies soll – ganz im Sinne des oben zitierten französischen Literaten François de La Rochefoucauld – durch eingehende Analyse von vier möglichen Konfliktfeldern aus dem Tätigkeitsbereich des leitenden Krankenhausarztes erfolgen, um daraus eine objektive Befundung abzuleiten.

## Veranstaltungsort:

Hilton Hotel Berlin, Ballsaal, Mohrenstraße 30, 10117 Berlin

## Referenten und Tagungsvorsitzende:

Dipl.-Volksw. Georg Baum/Berlin
Prof. Dr. Cornelia Cedzich/Saarbücken
Dr. Josef Düllings/Berlin
Prof. Dr. Reinhard Fünfstück/Weimar
Dr. Methodi Jantschulev/Bützow
PD Dr. Holger Maul/Hamburg
Francesco De Meo/Berlin
Klaus Niedermeier/Düsseldorf
Anton J. Schmidt/München
Prof. Dr. Christian Schmidt MPH/Rostock
Thomas Stritzl, MdB/Berlin
Dr. Oliver Tissot/Nürnberg
PD Dr. Michael A. Weber/Dachau
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser/Düsseldorf
Johannes Wolff/Berlin

**Hotel-Abrufkontingent** bis 06.08.2015: Für 18./19.09.2015: Hilton Hotel Berlin
DZ 219,- € je Übernachtung (inkl. Frühstück), Stichwort: VLK-Bundeskongress 2015, Tel.: 030/20230-0

**Verbindliche Anmeldung**

Das Anmeldeformular bitte ausfüllen und an die Adresse des VLK schicken.
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Frau Regina Baer,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211 - 454990, Fax: 0211 - 451834, E-Mail: info@vlk-online.de

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Klinik/Praxis: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

## Programm:

**Der leitende Krankenhausarzt: Sündenbock oder Wertschöpfer?**

09:00 Registrierung und Kaffee
10:00 Begrüßung und Einführung, **H.-F. Weiser**
10:05 Einführungsvortrag zum Generalthema, **F. De Meo**

Tagungsvorsitz am Vormittag: **R. Fünfstück**

**10.35 - 11.05 Themenblock I: Indikationsbeugung und Mengenausweitung**
**Impulsreferate**

10.35 - 10.50 **J. Wolff**
10.50 - 11.05 **G. Baum**

**11.05 - 11.35 Themenblock II: Qualitätsoffensive – warum?**
**Impulsreferate**

11.05 - 11.20 **Th. Stritzl**
11.20 - 11.35 **H.-F. Weiser**
11.35 - 12.45 **Podiumsdiskussion zu Themenblöcken I und II**
**Teilnehmer: Referenten und Tagungsvorsitzender, Leitung: H. Maul**
12.45 - 13.00 **Verleihung des VLK-Zukunftspreises**
13:00 - 13.45 **Mittagessen**
**Tagungsvorsitz am Nachmittag: M. Jantschulev**

**13.45 - 14.15 Themenblock III: Was ist prioritär: Arzt oder Betriebswirt?**
**Impulsreferate**

13.45 - 14.00 **J. Düllings**
14.00 - 14.15 **M. A. Weber**

**14.15 - 14.45 Themenblock IV: Was bedeutet erfolgreiches Führen?**
**Impulsreferate**

14.15 - 14.30 **C. Schmidt**
14.30 - 14.45 **A. Schmidt**
14.45 - 15.30 **Podiumsdiskussion zu Themenblöcken III und IV**
**Teilnehmer: Referenten und Tagungsvorsitzender, Leitung: C. Cedzich**
15.30 - 16.00 **Persönlicher Erfolg als Motivationsfaktor für die ärztliche Tätigkeit –**
Wie sieht ein optimales Portfolio in heutiger Zeit aus?, **K. Niedermeier**
**16.00 - 16.15** Blick von außen, **O. Tissot**
**16.15** Schlusswort, **H.-F. Weiser**

– Änderungen vorbehalten –

Wir freuen uns, Sie zahlreich in Berlin begrüßen zu können!

**Prof. Dr. Hans-Fred Weiser**
**Präsident VLK**

**Dipl.-Volksw. Gerd Norden**
**Hauptgeschäftsführer**

Wir danken den nachfolgend aufgeführten Unternehmen für ihre freundliche Unterstützung

deutsche apotheker- und ärztebank

ECCLESIA Gruppe

KlinikRente VERSORGUNGSWERK

RA Norbert H. Müller

# Der Rechtsrat – kurz und bündig

## Gelten bei Beschäftigung auf der Basis eines außertariflichen Vertrages die Schutzvorschriften des Arbeitszeitschutzgesetzes nicht?

**Fragestellung:**

Ich bin als leitender Oberarzt auf Basis eines außertariflichen Vertrages beschäftigt, in welchem keine festen Arbeitszeitpflichten enthalten sind und bei dem auch die Vergütung individuell pauschal ausgehandelt wurde. Nunmehr ist mein Arbeitgeber der Auffassung, dass die Schutzvorschriften des Arbeitszeitgesetzes, die aufgrund erheblicher Personalnot in der jüngeren Vergangenheit mehrmals missachtet wurden, für mich keine Geltung hätten, da ich aus dem Anwendungsbereich des Arbeitszeitgesetzes ausgenommen sei. Entsprechend würden auch die dort normierten Pausenregelungen nicht zur Anwendung gelangen.

Ist dies tatsächlich zutreffend?

**Antwort:**

1)

Das Arbeitszeitgesetz dient der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz aller Arbeitnehmer in Deutschland, auch außertariflich beschäftigter und/oder vergüteten Angestellter, § 2 Abs. 2 Arbeitszeitgesetz. Insofern findet das Arbeitszeitgesetz auch auf leitende Oberärzte unmittelbare Anwendung.

Ausgenommen vom Anwendungsbereich des Gesetzes sind gemäß § 18 Abs. 1 Ziff. 1 Arbeitszeitgesetz leitende Angestellte im Sinne des § 5 Abs. 3 BetrVG sowie Chefärzte.

Der Herausnahme der Chefärzte vom Anwendungsbereich des Arbeitszeitgesetzes könnte der Gedanke zugrunde gelegen haben, dass Chefärzte ihre Arbeitsbedingungen einschließlich ihrer Arbeitszeit einzelarbeitsvertraglich gesondert regeln und diese Möglichkeit es rechtfertige, Chefärzte aus dem öffentlich-rechtlichen Arbeitsschutz herauszunehmen; so habe der Normgeber ein bestimmtes Bild vom Chefarzt vor Augen gehabt, bei dem die Möglichkeit der individuellen Gestaltung der Arbeitszeit als statusimmanent unterstellt wurde („individuelle Arbeitszeitsouveränität“, vgl. Ricken, Oliver „Chefärzte – immer bereit? – Zur arbeitsrechtlichen Stellung leitender Krankenhausärzte – Medizinrecht Heft 6/2014, S. 372 (373/377)). Ob die Nichtanwendung des Gesetzes auf Chefärzte, die ebenso wie alle anderen Angestellten des Krankenhauses zeitlich fest in den Krankenhausablauf zur Gewährleistung der Patientenversorgung und der Qualitätsanforderungen integriert und damit nicht frei in ihrer Arbeitszeitgestaltung sind europarechtskonform ist, wird daher teilweise (vgl. Ricken, a.a.O.) rechtliche angezweifelt.

Die Anwendbarkeit des Arbeitszeitgesetzes auf Chefärzte

Norbert H. Müller

kann hier aber dahinstehen, da Sie nach Ihren Angaben zweifelsfrei gerade nicht als Chefarzt, sondern als leitender Oberarzt, wenn auch mit weitreichenden Befugnisse für Ihren Funktionsbereich beschäftigt sind. Jedenfalls lässt sich der Wortlaut des Gesetzes nicht auch auf leitende Oberärzte ausdehnen, unabhängig von der Frage der tariflichen oder außertariflichen Beschäftigung. Insofern gilt der Arbeitszeitschutz kraft Gesetzes auch für Sie. Das Gesetz knüpft gerade nicht daran an, alle außertariflichen Angestellten und/oder alle Mitarbeiter, bei denen keine festen tariflichen oder sonstigen individual-vertraglichen Arbeitszeiten festgelegt sind, aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes auszunehmen. Ausgenommen werden sollen nach dem ausdrücklichen Wortlaut ausschließlich Chefärzte und leitende Angestellte im Sinne von § 5 Abs. 3 BetrVG. Hierzu gehören

Sie unzweifelhaft nicht.

Darüber hinaus versichert Ihnen der Klinikträger im Rahmen der individualvertraglichen Regelung der Arbeitszeit, dass die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen gewährleistet wird, wozu auch das Arbeitszeitgesetz gehört.

Auch unter diesem Gesichtspunkt ist davon auszugehen, dass das Arbeitszeitgesetz für Sie gilt und uneingeschränkt Anwendung findet.

Foto: © Jamrooterpix/fotolia.com

2)

Hinsichtlich der Ruhepausen im Sinne von § 4 Arbeitszeitgesetz ist zu berücksichtigen, dass es sich nach ständiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgericht um Unterbrechungen der Arbeitszeit von bestimmter Dauer handeln muss, die der Erholung dienen. Es muss sich um im Voraus festliegende Unterbrechungen der Arbeitszeit handeln, in denen der Arbeitnehmer weder Arbeit zu leisten noch sich dafür bereit zu halten hat. Er muss frei darüber entscheiden können, wo und wie er diese Zeit verbringen will. Entscheidendes Merkmal der Ruhepause ist, dass der Arbeitnehmer von jeder Arbeitsverpflichtung und auch von jeder Verpflichtung, sich zur Arbeit bereitzuhalten freigestellt ist (Leitsatz des Bundesarbeitsgerichts, Urteil vom 13.10.2009 – 9 AZR 139/058).

Insofern ist der sich aus der uns übersandten Korrespondenz ergebende Verweis auf die Entscheidung des LAG Niedersachsen durch die Rechtsprechung des BAG nicht mehr aktuell.

# Mögliche Erweiterung dienstvertraglicher Pflichten durch Unterzeichnung eines Verhaltenskodex

**Fragestellung:**

Ich bin seit vielen Jahren bei einem privaten Krankenhausträger als Chefarzt tätig.

Nunmehr wurde mit ein Nachtrag zum Arbeitsvertrag vorgelegt, der einen sogenannten Verhaltenskodex beinhaltet, wonach mein bestehender Arbeitsvertrag ausdrücklich ergänzt werden soll. Danach soll dann zukünftig der sogenannte Verhaltenskodex Bestandteil meines Arbeitsvertrages werden und zudem dieser auch zukünftig „in der jeweils geltenden Fassung" Anwendung finden.

Muss ich diese zusätzliche Regelung akzeptieren?

**Antwort:**

Zu dem uns übersandten Entwurf eines Verhaltenskodex für Krankenhausmitarbeiter nehmen wir nach Prüfung der Sach- und Rechtslage, wie folgt, Stellung:

Soweit Sie sich zur Einhaltung der sich aus dem Verhaltenskodex ergebenden Regeln durch Unterzeichnung der Erklärung verbindlich verpflichten sollen,

ist darauf hinzuweisen, dass es keinerlei rechtliche Verpflichtung gibt, diese Erklärung zu unterzeichnen.

Auch die Tatsache, dass Ihr ursprünglicher Arbeitsvertrag noch mit einem nicht privaten Krankenhausträger geschlossen wurde und nunmehr der „neue" private Arbeitgeber einen solchen Nachtrag wünscht, führt nicht zu einer Verpflichtung, derartige Vertragsänderungen /-ergänzungen zu akzeptieren. Vielmehr tritt auch der neue private Arbeitgeber in sämtliche bestehende Verträge in der existenten Form ein - ob er will oder nicht. Ein Anspruch des neuen Arbeitgebers, gleich in welcher Rechtsform, bestehende Verträge zu ändern und/oder zu ergänzen besteht ebenso wenig wie eine Verpflichtung des Arbeitnehmers besteht, derartige Änderungen oder Ergänzungen zu akzeptieren.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass über einen typischen Kodex von Verhaltensweisen der Mitarbeiter untereinander durchaus auch Pflichten übertragen werden bzw. übernommen werden sollen, die Ihre Ihnen nach dem Dienstvertrag obliegenden Aufgaben vermutlich erweitern würden.

Auch wenn bei Durchsicht des derzeit aktuellen Kodex keine grundlegenden Bedenken bestehen, da es sich hier eher um Allgemeinplätze oder „Sonntagsreden" handeln mag, ist zumindest die hierin zwischen den Zeilen liegende Zusage, sich z.B. zu den Zielen und der Weiterentwicklung der Mitarbeiter als Führungskraft stets klar zu bekennen perspektivisch unter Umständen bedenklich.

Dies gilt auch für die Hinweise zur sogenannten „Interdisziplinarität". Es muss naturgemäß

Foto: © THesIMPLIFY/fotolia.com

nicht Ihren persönlichen und damit auch nicht Ihren beruflichen Vorstellungen entsprechen, generell die Abgrenzung zwischen den Berufsgruppen aufzuweichen, etc.

Unabhängig davon ist jedoch ganz grundsätzlich die ausdrückliche Benennung in der Einleitung hinsichtlich eines Nachtrages zum Arbeitsvertrag als bedenklich zu qualifizieren.

So könnten Sie durchaus die Kenntnisnahme des Verhaltenskodex bestätigen, ohne dass dies aber damit als Nachtrag zum Arbeitsvertrag deklariert und akzeptiert werden muss. Gerade aus dieser Nachtragsgestaltung ergibt sich, dass nicht nur die jetzt vorhandenen Regelungen im Verhaltenskodex, sondern – entsprechend Ziffer 1 des Nachtrages – auch zukünftige Änderungen und/oder Ergänzungen arbeitsvertraglicher Bestandteil werden sollen. Dies könnte somit zukünftig zu erheblichen Nachteilen führen. Selbst wenn Sie mit den aktuellen Inhalten des Kodex gänzlich konform gingen, müsste vorsorglich vor einer Unterzeichnung als Nachtrag zum Arbeitsvertrag „gewarnt" werden, da durch die Akzeptanz der Geltung auch zukünftiger Fassungen spätere Änderungen / Ergänzungen dieses Kodex dann automatisch Bestandteil Ihres Arbeitsvertrages würden, unabhängig davon, ob auch solche zukünftigen Änderungen / Ergänzungen Ihren Vorstellungen entsprechen. Folglich besteht keinerlei rechtliche Verpflichtung zur Unterzeichnung eines solchen Nachtrages.

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen zur möglichen Erweiterung der dienstvertraglichen Pflichten durch Unterzeichnung des Verhaltenskodex kann eine Unterzeichnung der entsprechenden Verpflichtungserklärung nicht empfohlen werden.

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

# Die Vortragsveranstaltungen des 38. Deutschen Krankenhaustages auf einen Blick

| Datum | Raum L | Raum M | Raum R |
|---|---|---|---|
| **Montag 16.11.2015** | | 10.00 - 12.00 Uhr<br>**Auftaktveranstaltung**<br>Reform 2015 – vom Patienten her gedacht?<br><br>13.00 - 16.30 Uhr<br>**G-DRG 2016** | |
| **Dienstag 17.11.2015** | 10.30 - 14.30 Uhr<br>**KH Träger-Forum**<br>10.30 - 12.00 Uhr Teil 1<br>Kernkompetenz „Qualität“<br><br>13.00 - 14.30 Uhr Teil 2<br>Wem hilft der Strukturfonds?<br><br>17.00 - 18.30 Uhr<br>**VKD-Mitglieder-versammlung** | 10.00 - 13.00 Uhr<br>**BDI-Symposium**<br>Was ist (messbare) Qualität in der Medizin?<br><br>14.00 - 17.00 Uhr<br>**Entscheiderfabrik**<br>Unternehmenserfolg durch optimalen IT-Einsatz | 10.00 - 12.00 Uhr<br>**Telemedizin**<br><br>14.30 - 17.00 Uhr<br>**P.E.G.-Veranstaltung**<br>Krankenhaus-Einkauf und die digitale Revolution |
| **Mittwoch 18.11.2015** | 10.00 - 13.00 Uhr<br>**BMVZ-Veranstaltung**<br>Veränderungen in der ambulanten Krankenhauswelt<br><br>14.00 - 17.00 Uhr<br>**VKD-Forum**<br>Management im Risiko | 10.00 - 12.00 Uhr<br>**Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**<br><br>14.00 - 18.00 Uhr<br>**Vortragsveranstaltung AKG**<br>Landschaftsarchitektur und Gesundheit | 10.00 - 14.30 Uhr<br>**Forum „Pflege im KH“**<br>• Empowerment von Patienten<br>• Pflege von Morgen im Krankenhaus<br>• Versorgungskontinuität sichern<br><br>15.00 - 17.30 Uhr<br>**DVKC Veranstaltung**<br>Update controlling<br><br>18.00 - 20.00 Uhr<br>**VLK-Forum**<br>Die Generationen-freundliche Klinik |
| **Donnerstag 19.11.2015** | **Wir sind das Krankenhaus!**<br>Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK):<br>• Deutsche Krankenhausgesellschaft<br>• Verband der Krankenhaus-direktoren Deutschlands<br>• Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands<br>• Arbeitsgemeinschaft Christlicher Schwesternverbände und Pflege-organisationen in Deutschland<br>• Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe | 10.00 - 16.15 Uhr<br>**3rd joint European Hospital Conference**<br>Patientenorientierte Krankenhausversorgung | 10.00 - 12.00 Uhr<br>**Entscheiderfabrik**<br>Wettbewerb um den StartUP und Young Professional Preis |

Das gedruckte Kongreßprogramm ist ab Mitte August 2015 abrufbar bei:
Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK) · Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf
Tel. 0211-4541945 · Fax 0211- 4541914 · Mail: info@deutscher-krankenhaustag.de

# Sonderkonditionen beim Kauf eines Mercedes-Benz-Fahrzeuges

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 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

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück

# Treffen des Vorstandes des Landesverbandes Thüringen der Leitenden Krankenhausärzte mit Ministerin H. Werner

## am 05.05.2015 im Gesundheitsministerium

Seit vielen Jahren finden regelmäßig Begegnungen des Thüringer Landesvorstandes des VLK mit den Leitungen des Ministeriums für Gesundheit und Soziales statt. Am 05.05.2015 empfing die neue Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Frau H. Werner die Mitglieder des Vorstandes des Verbandes der Krankenhausärzte Thüringens. An der Unterredung nahm auch der Staatssekretär im TMASGFF, Herr D. Berkholz teil.

Zu Beginn des Treffens erläuterte der Landesvorsitzende des VLK, Herr Prof. Dr. R. Fünfstück (Klinikum Weimar) Aufgaben und Ziele des Verbandes. Er verwies darauf, dass sich der VLK stets als Mittler zwischen den ureigensten Interessen der Krankenhäuser und der Kostenträger sowie zu Entscheidungen der Landesregierung versteht. Unstrittig sei, dass sich die thüringer Krankenhäuser zu Ihrem Versorgungsauftrag bekennen. Prof. Fünfstück wies darauf hin, dass die Erfüllung dieser Verpflichtungen zunehmend schwieriger werde. Wachsende bürokratische Zwänge, zahlreiche Probleme infolge des Ärztemangels oder steigende Arbeitsanforderungen durch wachsende Betreuungsaufgaben sind nur einige Aspekte, die durch die Mitarbeiter des ärztlichen Dienste und des Pflegedienstes in den Krankenhäusern zu bewältigen sind. Ohne wegweisende Entscheidungen besteht eine große Gefahr, dass es zu einem weiteren Motivationsverlust unter den Beschäftigten kommt. Frau Ministerin Werner zeigte für diese Einschätzung Verständnis. Sie verwies auf den festen Willen des Ministeriums, unter anderem auch gegen die Bürokratisierung im Gesundheits- und Sozial-wesen Maßnahmen einzuleiten, diese Entwicklung steht der Forderung nach einem wirklichen Qualitätszuwachs bei medizinischen und Betreuungsleistungen entgegen. In ihren Ausführungen ging sie auch auf Diskussionen zum neuen Thüringer Landes-krankenhausplan ein und bekräftigte, dass ein neues Gesetz mit großer Sachlichkeit und Ausgewogenheit erarbeitet werden muss.

In einem neuen Gesetz sind nicht nur die Festlegungen des Bundesgesundheitsministeriums zu verankern sondern es sind auch die Positionen aller Partner, die für das Gesundheitswesen im Freistaat Thüringen Verantwortung übernommen haben zu berücksichtigen. Sowohl Herr Staatssekretär Berkholz, wie auch die Ministerin sehen in der Verankerung von Qualitätskriterien für die Bewertung von Krankenhausleistungen eine zukünftige Option. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es noch unklar, in welcher Weise diese Empfehlungen umzusetzen sind. Beide stimmten aber auch Herrn Dr. F. Knebel (Thüringen-Klinik / Krankenhaus Pössneck) zu, dass durch eine zunehmend Steuerung administrativer Prozesse und durch eine Vielzahl von Vorschriften Ärzten und Pflegekräften wertvolle Zeit genommen wird, die eigentlich für die Sorge um Patienten zur Verfügung stehen müsste. Diese Entwicklung fördere in allen Bereichen viel mehr eine Mißtrauens- als eine Vertrauenskultur. Der stellvertretende Landesvorsitzende, Herr Dr. F. Lange (Hufeland-Klinikum Mühlhausen) verwies auf die gute Entwicklung unsers Gesundheits- und Sozialwesens, die prinzipiell zu einer stabilen und Qualifizierten medizinischen Betreuung im ambulanten und stationären Bereich geführt hat. Er mahnte allerdings auch dringende Beschlüssean, die für eine bessere geriatrische Versorgung älterer Menschen im Freistaat Thüringen notwendig seien. Dr. Lange hoffe, dass sich die Landesregierung auch weiter zum Erhalt der Trägervielfalt im Thüringer Krankenhaussektor bekenne.

Das Gespräch mit Frau Ministerin Werner und Herrn Staatssekretär Berkholz verlief in einer sehr aufgeschlossenen Atmosphäre, die von gegenseitigem Respekt geprägt war. Die Leitung des Ministeriums und die Mitglieder des Vorstandes der Thüringer Krankenhausärzte waren sich einig, dass die Erörterung aller vorgetragenen Probleme dazu beitragen soll, das gegenseitig Verständnis zu fördern und gemeinsame Wege für eine weitere gute medizinische Betreuung aller Menschen im Freistaat Thüringen zu sichern.

# Einladung

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

auch dieses Jahr möchte ich Sie herzlich zu einem Symposium des VLK Landesverband Bayern mit anschließender Mitgliederversammlung einladen. Wir haben wieder das Hilton München im Tucherpark für die Veranstaltung gewählt, das sowohl öffentlich als auch mit dem Auto gut erreichbar ist. Außerdem ist der Chinesische Turm im Anschluss für den, der noch Zeit hat, nah. Wir haben den Mittwochnachmittag gewählt, in der Hoffnung, dass dadurch mehr Kolleginnen und Kollegen als an den Wochenendterminen kommen.

Das Krankenhausstrukturreformgesetz, dessen Referentenentwurf bereits die erste Anhörung passiert hat, wird die Krankenhausstruktur nachhaltig verändern. Prof. Weiser wird Ihnen erklären welche Rolle dabei Qualitätsindikatoren in Zukunft zukommen soll. Auch konkrete Planungen zur Abstrafung von Kliniken mit Mehrleistungen und vermuteter wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerung stehen in dem Entwurf. Es ist an eine Reduktion der Bewertungsrelationen bzw. der DRG Vergütung gedacht.

Nicht weniger spannend ist für die Betroffenen die Situation an den städtischen Kliniken in München. Kollege Emminger kann hier aktuell berichten. RA Rumpenhorst wird im Anschluß zu aktuellen Rechtsfragen Stellung nehmen.
Also ein attraktives Programm, das mit der Mitgliederversammlung ausklingt, in der wir Ihnen auch über zahlreiche weitere Aktivitäten des VLK berichten können. Bitte kommen Sie und locken Sie Kolleginnen und Kollegen mit zu uns, im Sinne der Mitgliederwerbung. Der VLK lohnt sich.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

PD Dr. Michael A. Weber

---

Krankenhausstrukturreform
Symposium und anschließende Mitgliederversammlung des VLK Landesverband Bayern,

Mittwoch 08. Juli 2015, 15:00 bis 18:00 Uhr
Hilton Munich Park, Raum Chagall, 80538 München, Am Tucherpark 7

| | |
|---|---|
| 15:00 Uhr | Begrüßung<br>PD Dr. Michael A. Weber, Vizepräsident und Landesvorsitzender VLK Bayern |
| 15:15 Uhr | Ausdünnung der Krankenhauslandschaft unter dem Deckmantel der Qualität<br>Prof. Dr. H.F. Weiser, Präsident des VLK |
| 16:00 Uhr | Münchener Kliniken: Stand der Sanierung, Dr. Ch. Emminger, Vorsitzender MB Bayern |
| 16:45 Uhr | Aktuelle Rechtsfragen, RA Rumpenhorst |
| 17:30 Uhr | Mitgliederversammlung, Bericht des Landesvorsitzenden PD Dr. M.A. Weber |

# Das stand auf der Agenda

## Mai 2015

Foto: © frankdaniels/fotolia.com

**04.05.2015**

- 4. Sitzung des Präsidiums des VLK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Cornelia Cedzich, Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Dr. Methodi Jantschulev, Gerd Norden, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
- 3. Sitzung der Konferenz der Landesvorsitzenden
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Cornelia Cedzich, Dr. Thomas Dorsel, Dr. Arthur Friedrich, Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Prof. Dr. Gundolf Gubernatis, Dr. Matthias Gümmer, Dr. Wolf-Dieter Hirsch, Dr. Methodi Jantschulev, Dr. med. Bernd Klinge, Dr. Holger Maul, Dr. E. T. Merholz, Dr. Axel Reinhard, Prof. Dr. Günter Scholtes, Dr. Michael A. Weber, Dr. Hans-Arnd Medert, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

**06.05.2015**

- Telefonkonferenz des Verwaltungsrats der Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK)
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

**07.05.2015, Düsseldorf**

- Mitgliederversammlung der Anästhesisten im VLK
  VLK-Teilnehmer: u. a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

**08. - 09.05.2015, Wien**

- 68. Vollversammlung der AEMH
  VLK-Teilnehmer: Dr. E. T. Merholz, Gerd Norden

**11.05.2015, Frankfurt**

- Tafelrunde für die Mitglieder des Landesverbandes Hessen
  VLK-Teilnehmer: Dr. Matthias Gümmer

**18.05.2015, Berlin**

- Anhörung des BMG zum Krankenhausstrukturgesetz, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

**22.05.2015, Düsseldorf**

- Gespräch mit Verwaltungsdirektor KBV, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

**28.05.2015, Düsseldorf**

- DKI-Kuratorium, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

**Arzt und Krankenhaus erscheint ab 01.07.2015 im Zweimonatsrhythmus**

**Präsidium und Konferenz der Landesvorsitzenden des VLK haben sich in ihren Sitzungen vom 4. Mai 2015 dafür ausgesprochen, den Erscheinungsrhythmus der Verbandszeitschrift „Arzt und Krankenhaus“ ab dem 2. Halbjahr 2015 zu verändern: Das E-Paper wird ab 01.07.2015 im Zweimonatsrhythmus erscheinen.**

**Die nächste Ausgabe der Verbandszeitschrift wird wahrscheinlich Mitte August 2015 ins Netz gestellt werden.**

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