# ARZT UND KRANKENHAUS

VLK
VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

7
88. Jahrgang
Juli/August 2015

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © psdesign1/fotolia.com

## Neue Richtlinie zur Hirntod-Diagnostik – persönliche Risiken und Fallstricke für beteiligte Ärzte

- Dauerbrenner KHSG
- Zertifizierung für OP-Manager

# Transplantationsmedizin: Sicherheit für alle ist das A und O

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

Die jüngsten Meldungen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) lassen einen Silberstreif am Horizont erkennen: Die Zahl der Organspenden ist im ersten Halbjahr 2015 erstmals seit langem wieder leicht gestiegen. Das wurde auch Zeit, denn der Bedarf an Spenderorganen ist, wie wir wissen, dramatisch, und die Vertrauenskrise ist tief. Unser Dank gilt insbesondere dem ehemaligen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Dr. Rainer Hess, der interimsweise als DSO-Vorstand tatkräftig mitgeholfen hat, den Ruf der Transplantationsmedizin in unserem Land wiederherzustellen!

Aber auch die Ärzteschaft war nicht untätig. Natürlich hat anlässlich des sogenannten Transplantationsskandals auch der VLK auf Missstände und finanzielle Fehlanreize in der Transplantationsmedizin hingewiesen. Auch die Bundesärztekammer hat entsprechend reagiert und umgehend ihre Richtlinien zur Transplantationsmedizin überarbeitet. Das Resultat ist eine neue, umfängliche Richtlinie zur Hirntod-Diagnostik, die am 31. Januar 2015 verabschiedet wurde und mit Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt seit Mitte des Jahres gültige Rechtsgrundlage ist.
Ich wiederhole: *Gültige Rechtsgrundlage!*

Schließlich soll die Richtlinie nach ihrem eigenen Anspruch „möglichen Unsicherheiten und Ängsten im sensiblen Feld der Intensivmedizin auf verständliche und nachvollziehbare Weise entgegentreten“. Das Problem ist: Sie setzt – entgegen diesem Anspruch – zahlreiche neue Unsicherheiten und Grauzonen, über die wir Sie nicht nur mit dieser Ausgabe von „Arzt und Krankenhaus“ informieren möchten, sondern die wir auch kontinuierlich öffentlich und vertraulich mit unseren Standesvertretern diskutieren werden.

Besonders problematisch sind aus Sicht des VLK butterweiche Formulierungen bei den Rahmensetzungen, die jedem Haus die Möglichkeit geben, modifizierte Standards und Qualitätskriterien zu etablieren. Hört sich ja erst mal ganz gut und „irgendwie liberal“ an, aber was bedeutet das im Konkreten: Einmal mehr wird damit der Druck zwischen Ökonomie und Medizin individuell bei den ärztlichen Verantwortungsträgern im Krankenhaus abgeladen. Sollen die Ärzte doch zusehen, wie sie ihre medizinischen Qualitätsansprüche gegen wirtschaftliche Interessen durchsetzen können. Hier lässt die Bundesärztekammer uns, ihre Mitglieder, gründlich im Regen stehen – und das haben die entsprechenden VLK-Verantwortlichen Herrn Prof. Dr.med. Montgomery und Frau Dr.med. Wenker in einem offenen Brief auch bereits schriftlich mitgeteilt. Grundtenor dieses Briefes – den Sie ebenfalls im vorliegenden Heft finden – ist die Forderung nach objektiven und allgemeinverbindlich festgelegten Qualifikationen und Kriterien für die Hirntod-Diagnostik, um den einzelnen Arzt in diesem juristisch und medial hochsensiblen Feld aus der potentiellen Schusslinie zu nehmen.

Wir meinen: Sicherheit und Vertrauen müssen in der Transplantationsmedizin für alle Beteiligten und auf allen Ebenen gelten. Dies ist nicht nur der originäre Anspruch der Patienten und ihrer Angehörigen. Gleichermaßen muss es Handlungs- und Rechtssicherheit in diesem zeitkritischen und hochsensiblen Bereich auch für die handelnden und behandelnden Ärzte geben. Die neue Richtlinie der Bundesärztekammer verspricht hier deutlich mehr, als sie letztlich hält!

Das sollten Sie wissen (deswegen das aktuelle Heft), aber darüber müssen wir auch im Gespräch bleiben – nicht nur der VLK-Vorstand in Berlin, sondern auch Sie mit uns. Bitte nutzen Sie dazu das VLK-Diskussionsforum auf der Internetseite des Verbandes.

Es grüßt Sie herzlich

*Ihr* Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS
Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

## Editorial

226 **Transplantationsmedizin: Sicherheit für alle ist das A und O**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

## Titel

**Neue Richtlinie zur Hirntod-Diagnostik**
229 - Persönliche Risiken und Fallstricke für beteiligte Ärzte
Gundolf Gubernatis, Hans-Fred Weiser
234 - Offener Brief an die Bundesärztekammer vom 24.03.2014
237 - Rechtliche Bewertung
RA Norbert H. Müller

## Berufs- und Gesundheitspolitik

240 **Dauerbrenner KHSG**
Gerd Norden

**Schreiben an die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion**
241 - Schreiben von Prof. Dr. Karl Lauterbach
242 - Schreiben von Hilde Mattheis / Maria Kermer

**Schreiben an die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag**
245 - Schreiben von Dr. Georg Nüsslein / Maria Michalk

**Schreiben an die Mitglieder von CDU/CSU und SPD im Deutschen Bundestag**
248 - Schreiben vonThomas Reumann

250 **Zertifizierung für OP-Manager**
Prof. Dr. Dr. Martin Bauer

## Recht

252 **Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen**
RA Marc Rumpenhorst

255 **Zum „Standardschreiben" der Versicherung zur Stellvertretung bei wahlärztlichen Leistungen**
RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

## Der Blick voraus

257 **38. Deutscher Krankenhaustag** – Programm

258 **4. VLK-Bundeskongress –** Programm und Anmeldung

## Rubriken

**VLK intern**
260 - Einladung zur Delegiertenversammlung
262 - Einladung zur Mitgliederversammlung des Landesverbandes Brandenburg

228 **Personen und Hintergründe**

263 **Agenda**

251 **Impressum**

**Risiken und Fallstricke**
Die Bundesärztekammer hat die Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes grundlegend überarbeitet. Der VLK begrüßt grundsätzlich die Aktualisierung dieser Richtlinie, sieht aber für die beteiligten Ärzte erhebliche persönliche Risiken und Fallstricke.

Foto: © psdesign1/fotolia.com
229

**Heißer Herbst zu erwarten**
Die Diskussionen zum Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes werden nach der parlamentarischen Sommerpause an Heftigkeit zunehmen. Die Koalitionsparteien bereiten ihre Fraktionsmitglieder durch umfangreiche Argumentationshilfen hierauf vor.

Foto: © bluedesign/fotolia.com
240

**Eindeutige Abgrenzung fehlt**
Der Deutsche Bundestag hat am 29.07.2015 das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen beschlossen. Dadurch sollen bei der strafrechtlichen Bekämpfung bestehende Lücken geschlossen werden. Leider schafft das Gesetz nicht die gewünschte klare Abgrenzung zwischen zulässiger Kooperation und unzulässiger Korruption.

Foto: © Alexander Raths/fotolia.com
252

**Sündenbock oder Wertschöpfer?**
Der VLK veranstaltet am 19. September 2015 im Hilton Hotel in Berlin seinen 4. VLK-Bundeskongress zum Thema „Der Leitende Krankenhausarzt: Sündenbock oder Wertschöpfer?"
Der Besuch dieser Veranstaltung ist kostenfrei!

Foto: © jojje11/fotolia.com
258

## Neue gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion

Maria Michalk soll neue gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag werden. Sie würde die Nachfolge von Jens Spahn antreten, der als Parlamentarischer Staatssekretär ins Bundesfinanzministerium gewechselt ist. Michalk soll am Ende der Sommerpause in diese Position gewählt werden. Die Leitung der Arbeitsgruppe Gesundheit hat sie bereits kommissarisch übernommen.

Seit 2012 ist Maria Michalk Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages. Dort ist sie als Obfrau ihrer Fraktion für Parteikollegen wichtige Ansprechpartnerin in gesundheitspolitischen Fragen.

Maria Michalk

## Marburger Bund fordert umfassende Reform des Medizinstudiums

Eine zielgerichtete Auswahl von Studienbewerbern, mindestens 10% mehr Medizin-Studienplätze, mehr Praxisnähe und die Abschaffung von Teilstudienplätzen fordert der Marburger Bund in seiner aktuellen Stellungnahme zum „Masterplan Medizinstudium 2020“. Besonders kritikwürdig ist aus Sicht des Marburger Bundes das Auswahlverfahren zum Studium der Humanmedizin. Ein sachgerechtes Verfahren zur Auswahl geeigneter Bewerber ist durch die Überbetonung der Abiturnote derzeit nicht gewährleistet. Der Marburger Bund plädiert daher dafür, die beiden Hauptquoten – Abiturnote und Auswahlverfahren der Hochschulen – zusammenzuführen. In dieser neuen Quote sollten die Ergebnisse des Schulabschlusses niedriger als bisher gewichtet und weitere Auswahlkriterien mit entsprechender Aussagekraft, wie z.B. Sozialkompetenz und Motivation, stärker und möglichst bundeseinheitlich berücksichtigt werden.

## Professor Fünfstück Mitglied der Vertreterversammlung der LÄK Thüringen

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Vizepräsident des VLK und Vorsitzender des Landesverbandes Thüringen im VLK wurde mit dem zweitbesten Wahlergebnis aller Kandidaten für die Legislaturperiode 2015-2019 in die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Thüringen gewählt. Professor Fünfstück wurde Erster Beisitzer des Vorstandes der Landesärztekammer Thüringen und wurde zum Mitglied des Krankenhausausschusses der Landesärztekammer gewählt. Ebenfalls zum Mitglied der Vertreterversammlung der LÄK Thüringen gewählt wurde Dr. Frank Lange (Hufeland-Klinikum Mühlhausen/Bad Langensalza) Auch Dr. Lange wurde zum Mitglied des Krankenhausausschusses der LÄK Thüringen gewählt.

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück

## Marburger Bund erhebt Verfassungsbeschwerde gegen Tarifeinheitsgesetz

Der Marburger Bund hat gegen das am 10.Juli 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Tarifeinheit Verfassungsbeschwerde erhoben und zugleich beim Bundesverfassungsgericht den Antrag gestellt, die Anwendung des Gesetzes bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde einstweilen auszusetzen. Der Marburger Bund begründet seine Verfassungsbeschwerde damit, dass das Tarifeinheitsgesetz im Kern einen Verstoß gegen die Koalitionsfreiheit aus Artikel 9 Abs. 3 Grundgesetz darstellt. „Das Tarifeinheitsgesetz richtet sich faktisch gegen eine berufsspezifische gewerkschaftliche Interessenvertretung, wie sie der Marburger Bund verkörpert. Die freie Wahl der Gewerkschaft, wie sie unser Grundgesetz garantiert, wird durch die Privilegierung der Großgewerkschaften zur Disposition gestellt. Der Sache nach kommt im Tarifeinheitsgesetz der unausgesprochene Wille des Gesetzgebers zum Ausdruck, das notstandsfeste Grundrecht der Koalitionsfreiheit einer formlosen Verfassungsänderung zu unterziehen,“ sagt Rudolf Henke, Erster Vorsitzender des Marburger Bundes.

Prof. Dr. Gundolf Gubernatis, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

# Die neue Richtlinie zur Hirntoddiagnostik – persönliche Risiken und Fallstricke für beteiligte Ärzte

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat die Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes grundlegend überarbeitet. Die überarbeitete Richtlinie wurde am 30.01.2015 vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen und am 30.03.2015 vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 16 Abs. 3 des Transplantationsgesetzes genehmigt. Die neue Richtlinie wurde im Ärzteblatt 27/28 veröffentlicht und ist damit seit dem 06. Juli 2015 rechtlich verbindlich.

Der VLK begrüßt grundsätzlich die Aktualisierung dieser Richtlinie, sieht aber insbesondere für die beteiligten Ärzte erhebliche persönliche Risiken und Fallstricke. Aus Sorge vor möglichen juristischen Konsequenzen für die Kollegen und Mitglieder des VLK e.V. hat das Präsidium gemeinsam mit der Konferenz der Landesvorsitzenden einstimmig beschlossen, nachfolgenden Kommentar zur überarbeiteten Hirntodrichtlinie zu erstellen, um unsere Mitglieder über die Besonderheiten und Risiken zu informieren, die sich aus der Neufassung der Richtlinie ergeben.

Die Richtlinie verlangt eine deutlich höhere Qualifikation der untersuchenden Ärzte und verpflichtet die Einrichtungen, in denen Hirntoduntersuchungen stattfinden dürfen, zur Erstellung von ***Arbeitsanweisungen und SOPs als gesetzliche Voraussetzung*** für diese Diagnostik.

Allerdings werden die Qualifikationsvoraussetzungen für die untersuchenden Ärzte nur allgemein beschrieben, sie werden weder quantifiziert noch gibt es eine spezielle Zusatzqualifikation oder ein spezifisches Curriculum durch die Bundesärztekammer.

Dies sieht der VLK kritisch, hierin sehen wir ***erhebliches persönliches Risikopotential*** insbesondere für diejenigen Hirntoduntersucher, die nicht ständig mit dieser Diagnostik und ihrer Problematik befasst sind. ***Dies gilt gleichermaßen für die leitenden Ärzte***, in deren Verantwortungsbereich Untersuchungen zur Hirntodfeststellung durchgeführt werden. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist ein Rundschreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 07.05.2015. Die DKG erwartet „in der konkreten Umsetzung der Anforderungen der Richtlinie Hindernisse“, insbesondere, wenn es darum geht, „das geforderte, entsprechend qualifizierte Personal vorzuhalten“ und hat dies „gegenüber der BÄK wiederholt verdeutlicht“.

Die fast 70 Seiten der neuen Richtlinie erschrecken selbst Insider und gestandene Fachärzte. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), deren

Prof. Dr. Gundolf Gubernatis

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

gesetzlicher Auftrag es ist, Organentnahmen zu koordinieren, bietet deshalb Informationsveranstaltungen für Konsiliarärzte an, die ggf. in die Kliniken kommen, um Hirntoddiagnostiken durchzuführen. Der VLK begrüßt diese Aktivität. Sie zeigt allerdings auch, dass offensichtlich selbst von Fachleuten die Anwendung der Richtlinien nicht unproblematisch gesehen wird. Deshalb möchten wir unseren Mitgliedern folgende Informationen zur Verfügung

stellen.

- **Qualifikation der Untersucher**
  Die Richtlinie hat die Anforderungen an die Qualifikation der Untersucher für die Diagnostik des Hirntodes deutlich angehoben. Sie schreibt nicht nur – wie bisher – „mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen" vor, sondern der Untersucher muss Facharzt sein und über zahlreiche detailliert beschriebene und aufgelistete „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten" verfügen. Soweit – so gut. Allerdings werden diese Qualifikationen nur allgemein beschrieben, konkrete quantitative Angaben, wie sonst bei Qualifikationsnachweisen üblich und erforderlich, werden nicht gefordert, z.B. wie oft ein bestimmtes Verfahren persönlich ausgeführt worden sein muss oder wie oft ein Arzt überhaupt an einer Hirntoddiagnostik beteiligt gewesen sein muss oder sie unter Anleitung durchgeführt haben muss. Es gibt keine Möglichkeit, formal die eigene adäquate Qualifikation nachzuweisen, weder gibt es eine spezielle Zusatzbezeichnung, die man erwerben könnte, noch eine spezifische curriculäre Weiterbildung, die man absolvieren könnte. Die BÄK hat sich trotz vielfacher Bitten leider nicht entschließen können, derartige Möglichkeiten zu etablieren, und sie hat den Verfassern eines Briefes mit entsprechenden Vorschlägen (s.u.) bis heute nicht geantwortet. Stattdessen hat die BÄK in der Richtlinie ein absolutes Novum geschaffen: Der Untersucher muss auf jedem Patientenbogen zur Hirntoddiagnostik seine „richtlinienkonforme Qualifikation" sich selbst per Unterschrift bestätigen... auf welcher Basis der Arzt das für sich feststellt bleibt offen. Hierin sieht der VLK ein erhebliches persönliches Risiko! Auch die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern helfen hierbei nicht weiter (s. a. RA Norbert H. Müller „Die neue Richtlinie zur Hirntoddiagnostik – Rechtliche Bewertung", S. 237 ff): Sie geben – wenn überhaupt - je nach Facharztrichtung nur den Hinweis auf Kenntnisse in der Hirntoddiagnostik als solche, ggf. noch in der Organisation. Erschwerend kommt bei der formalen Feststellung der eigenen Qualifikation hinzu, dass die neue Richtlinie die Hirntoddiagnostik als „spezielles Verfahren zur Todesfeststellung in der Intensivmedizin" deklariert – Ärzte, die nicht über die entsprechende Zusatzbezeichnung spezielle Intensivmedizin verfügen, dürften es ggf. vor Gericht schwer haben, die eigene Einschätzung einer adäquaten richtlinienkonformen Qualifikation zu belegen (s. a. RA Norbert H. Müller „Die neue Richtlinie zur Hirntoddiagnostik – Rechtliche Bewertung", S. 237 ff).

Zur Problematik einer qualifizierten Dokumentation und den Risiken bei Fehlern aufgrund des Gesetzescharakters der Protokollbögen wird weiter unten ausgeführt.

- **Spezielle Verantwortung leitender Ärzte**
  Neu in den Richtlinien ist die Verpflichtung jeder „Einrichtung", in der Hirntoddiagnostik stattfindet, zur Etablierung eines geeigneten Verfahrens zur Qualitätssicherung der Todesfeststellung und Festlegung dieses Verfahrens in einer eigens hierfür erstellten Arbeitsanweisung. ***In diesen s.g. SOP (standard operating procedure) ist „festzulegen, wann und wie die Diagnostik veranlasst wird und dass deren Durchführung gemäß der neuen Richtlinie erfolgt. Dies gilt insbesondere für Entnahmekrankenhäuser gemäß § 9a TPG."***
  In unmittelbarem Zusammenhang mit dieser Vorgabe wird auf die Verpflichtung der Ärzte hingewiesen, zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen diese Leistung ständig dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen. Es folgt dann ein spezieller Hinweis auf § 2 Abs. 3 der Musterberufsordnung.
  Den leitenden Ärzten der Entnahmekrankenhäuser kommt damit eine besondere Verpflichtung sowohl hinsichtlich einer Kontrollfunktion bzgl. der persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen der unter ihrer Aufsicht arbeitenden Ärzte als auch im Rahmen der Erstellung entsprechender Verfahrens- und Arbeitsanweisungen für ihre Klinik zu. Beachtenswert ist dabei, dass die Richtlinie der Bundesärztekammer in Zusammenhang mit geplanten Organentnahmen durch die Genehmigung des BMG gemäß Transplantationsgesetz gesetzgeberischen Cha-

rakter erhält.

- **Ablauf der Hirntoduntersuchung**
  Grundsätzlich bleibt es bei der Dreiteilung der Untersuchung in
  - Feststellung der Voraussetzung
  - Klinische Untersuchung
  - Nachweis der Irreversibilität

  sowie abschließend der Dokumentation auf einem speziellen Formblatt.

Wir möchten auf folgende Probleme und möglicherweise Fallstricke hinweisen:

**Feststellung der Voraussetzungen – Toxikologie**
Bei der Feststellung der Voraussetzungen zur Hirntoddiagnostik ist die Mehrzahl der Rahmenbedingungen leicht zu klären. Ein entscheidendes und nicht zu unterschätzendes Problem könnte eine mögliche Intoxikation darstellen, insbesondere wenn es sich um foudroyante Krankheitsverläufe handelt und der Untersucher sich nicht 100% sicher sein kann, ob ggf. nichtdokumentierte Medikamentengaben in einem zeitlichen Bereich erfolgten, der vor dem Beginn der eigenen Verantwortung liegt. ***Trotz dieses allseits bekannten Risikos wird eine grundsätzlich immer durchzuführende quantitative Toxikologie auch in der neuen Richtlinie nicht gefordert und entsprechend nicht durchgeführt!*** Dies sollte je nach Fallkonstellation kritische Beachtung finden.

Obwohl nach wie vor nicht obligat gefordert, ist die grundsätzliche Durchführung toxikologischer Tests für die meisten in der Hirntoddiagnostik besonders versierten Kollegen wichtiger und obligat zu fordernder Bestandteil eines exakten und fachgerechten Vorgehens (s. a. „Offener Brief an die Bundesärztekammer, S. 234 ff) und sollte deshalb für das eigene Vorgehen überdacht werden.

**Technische Untersuchungsverfahren**
Werden zur Abkürzung der Diagnostik technische Untersuchungsverfahren wie z.B. EEG von anderen Ärzten durchgeführt, d.h. von Ärzten, die nicht als hauptverantwortliche Untersucher auf dem Dokumentationsbogen den Hirntod abschließend feststellen und unterschreiben und liegt dem verantwortlichen Hauptuntersucher nur der unterschriebene schrift-

liche Befund des anderen Kollegen vor, so muss ggf. auf Einsichtnahme in die Originaldaten (z.B. EEG, CT-Bilder) bestanden werden. Einen Rechtsanspruch auf Einsicht in diese Originaldaten hat der Hauptuntersucher allerdings nicht.

**Gleichwertigkeit der Methoden zum Nachweis der Irreversibilität**

Die Richtlinien sehen in Punkt II.2.8. eine Gleichwertigkeit der Methoden zum Nachweis der Irreversibilität des Hirnfunktionsausfall vor. Dies bedeutet, wenn das Ergebnis der einen ergänzenden Untersuchung nicht dem für den Irreversibilitätsnachweis geforderten Befund entspricht kann auf ein anderes Verfahren übergegangen werden. Diese Möglichkeit, nach Bedarf so lange das Verfahren zu wechseln, bis sich Irreversibilität ergibt, ist nicht nur neu, sondern stößt nach unseren Umfragen bei Kollegen aus gut nachvollziehbaren Gründen auf viel Unverständnis. Um jedem Zweifel an der Objektivität des Untersuchers entgegen zu wirken sollte daher beim eigenen Vorgehen kritisch bedacht werden, ggf. die Hirntoddiagnostik von vorn zu beginnen, um sich nicht der Gefahr der medizinischen Willfährigkeit auszusetzen .

**Dokumentation**

Ein weiteres Problem stellt der neue Dokumentationsbogen dar, der unübersichtlich und insbesondere auf Seite 2 mit den abschließenden Unterschriften wenig selbsterklärend ist, so dass die beteiligten Kollegen vor Dokumentationsschwächen oder Fehlern nicht gefeit sind. Außerdem wird kritisch gesehen, dass der Bogen doppelseitig bedruckt ist und auf der Seite 2 der Patientenname nicht nochmals aufgeführt wird. Dies kann ggf. bei einseitigem Kopieren auf getrennten Seiten zu Schwierigkeiten bei der Identifikation des betreffenden Patienten führen, für den dann nur auf einer der kopierten Seiten sein Name steht und auf der anderen Seite der Hirntod endgültig festgestellt wird – Fehler, die ohne eigenes Verschulden im Zweifel dem untersuchenden Arzt oder dem aufsichtspflichtigen leitenden Arzt der Entnahmeklinik angelastet werden.

Aufgrund des Gesetzescharakters der Protokollbögen ergeben sich also persönliche Risiken nicht nur in fachlicher Hinsicht, sondern auch auf der Ebene der formalen Dokumentation, mit zum Teil erheblichen Haftungs- und Bußgeldrisiken (s. a. RA Norbert H. Müller „Die neue Richtlinie zur Hirntoddiagnostik – Rechtliche Bewertung“, S. 237 ff).

## Allgemeine Anmerkungen

Aus Sicht des VLK e.V. ist die Organspende zweifelsfrei als wichtige Versorgungsaufgabe der Gesellschaft zu sehen. Für die Spendenbereitschaft der Bevölkerung ist allerdings das Vertrauen in das gesamte Verfahren und seine Abläufe, insbesondere in die Sicherheit der Hirntoddiagnostik unabdingbare Voraussetzung.

Nach unseren Erkenntnissen ist die Hirntoddiagnostik in der Praxis leider bei weitem nicht so sicher, wie es theoretisch möglich wäre. Nach aktuellen Angaben der DSO ist die Hirntoddiagnostik mit einer Fehlerquote von 0,67 % belastet. In anderen, DSO unabhängigen Untersuchung waren erschreckende 27,5 % der unterschriebenen Hirntodprotokolle fehlerhaft. Erschwerend kommt hinzu, dass das gesamte Verfahren, nicht zuletzt durch die Transplantationsskandale der vergangenen Jahre, mehr und mehr in das Licht einer kritischen Öffentlichkeit gerückt ist, so dass der Hirntoduntersucher damit rechnen muss, dass selbst unbedeutend erscheinende Dokumentationsfehler öffentlich werden und damit zwar keine medizinische, jedoch eine unkalkulierbar hohe gesellschaftspolitische Bedeutung erlangen können.

Wie schwierig die Situation sein kann zeigt der jüngste Fall in einer Klinik in Norddeutschland, in der während der Organentnahme wegen Unsicherheiten in der Hirntoddiagnostik die Organentnahme abgebrochen wurde – der schlimmste denkbare Fall, der durchaus als GAU bezeichnet werden darf.

Bemerkenswerterweise soll es sich dabei „nur“ um Dokumentationsunsicherheiten gehandelt haben, wobei die Prüfkommission der BÄK seit Dezember 2014 die Dokumentation prüft und bis Mitte Juli 2015 noch zu keinem Ergebnis gekommen ist.

Im Interesse unserer Mitglieder möchten wir deshalb noch einmal darauf hinweisen: Bei der Dokumentation ist höchste Vorsicht und Aufmerksamkeit geboten, denn im Zweifel steht der Untersucher bzw. der aufsichtspflichtige leitende Arzt allein !

Dieser Fall, der bundesweit mit Namensnennung durch die

Presse ging, zeigt exemplarisch, dass es ratsam ist, sich vor juristischen und ggf. öffentlichen Konsequenzen zu schützen, indem man über die notwendigen Voraussetzungen und Begleitumstände der Hirntoddiagnostik bestmöglich Informiert ist. Es wäre deshalb aus Sicht des VLK äußerst wünschenswert, wenn die Bundesärztekammer eine spezifische Zusatzbezeichnung „Hirntoddiagnostik" einführen würde, für deren Erwerb theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrungen nachgewiesen werden müssen, eine, wenn auch nur kurze curriculäre spezifische Weiterbildung absolviert werden müsste, in der auch die jeweils gültige Richtlinie erläutert und letztlich die Qualifikation durch eine Prüfung nachgewiesen würde. Damit würden die Untersucher erhebliche fachliche wie juristische Sicherheit erhalten. Derzeit überlässt es die BÄK leider den Kollegen selbst, für eine entsprechende Qualifikation zu sorgen bzw. in formaler Hinsicht sich selbst zu bestätigen. Dies empfindet der VLK als unerträglich und dem wichtigen Anliegen einer sicheren Hirntoddiagnostik und einer Steigerung der Organspende nicht dienlich.

## Fazit

- Die BÄK lässt untersuchende Kollegen und leitende Krankenhausärzte im Regen stehen. Der VLK e. V. sieht sich zu diesem Kommentar veranlasst, um seine Mitglieder vor möglichen berufsrechtlichen und öffentlichen Konsequenzen zu schützen!

- Ärzte sollten sich der persönlichen Verantwortung bewusst sein, die mit der Selbstattestierung eigener RL- konformer Qualifikation auf dem Hirntod – Protokollbogen verbunden ist und das damit verbundene persönliche Risiko kennen.

- Leitende Ärzte, in deren Verantwortungsbereich Hirntoddiagnostik stattfindet, sollten die besonderen Anforderungen an die Qualifikation der untersuchenden Ärzte und die in einer Arbeitsanweisung bzw. SOP gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen kennen und umgesetzt haben, bevor Hirntoduntersuchungen in ihrem Verantwortungsbereich stattfinden.

- Der VLK schließt sich den Forderungen des Offenen Briefes der Fachkollegen vom 24. März 2014 insbesondere nach Einführung einer Zusatzqualifikation (Zusatzbezeichnung „Hirntoddiagnostik" in der Musterweiterbildungsordnung der BÄK) an und fordert eine entsprechende spezielle curriculäre Weiterbildung der untersuchenden Ärzte, die den Hirntod feststellen dürfen.

Autorenkontakte:
Prof. Dr. H. F.Weiser
Präsident des VLK,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Prof. Dr. Gundolf Gubernatis
Transplantationsbeauftragter des VLK
und Vorsitzender des Landesverbandes
Niedersachsen im VLK
Am Neuender Busch 21, 26386 Wilhelmshaven

## Offener Brief an die Bundesärztekammer (BÄK)

# Forderung: Strengere Richtlinien für die Hirntodbestimmung – Höhere Qualifikation der Ärzte, die den Hirntod feststellen dürfen

24. März 2014

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Montgomery,

sehr geehrte Frau Vizepräsidentin, sehr geehrte Frau Dr. Wenker,

es steht für uns als Ärzte mit langjähriger Erfahrung in der Hirntoddiagnostik außer Frage, dass Organspende gut und notwendig ist. Voraussetzung ist allerdings eine sicherere Hirntoddiagnostik. Die spendebereiten Menschen haben Anspruch auf diehöchstmögliche Sicherheit. Schließlich erklären sich Menschen ohne Not und ohne einen persönlichen Vorteil davon zu haben, zur Organspende bereit.

Derzeit ist diese Sicherheit nicht ausreichend – auch deshalb, weil die Anforderungen an die Ausbildung der Ärzte, die den Hirntod feststellen, zu niedrig sind. Aus diesem Grunde fordern die Unterzeichner die Überarbeitung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes und die Einführung einer „Zusatzbezeichnung Hirntoddiagnostik". Dies würde auch das Vertrauen der Bevölkerung in die Hirntodfeststellung und die Organspende insgesamt stärken.

Die Sicherheit der Hirntoddiagnostik ist aktuell erneut öffentlich in die Kritik geraten:

1. Die Süddeutsche Zeitung berichtete am 18.02.2014 über eine Reihe von fehlerhaften Hirntoddiagnostiken. (Chr. Berndt: „Exitus", Süddeutsche Zeitung, Seite 3, 18.2.2014 und „Ärzte erklären Patienten oft fälschlich für hirntot": http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/falsche-todesdiagnosen-in-krankenhaeusernaerzte-erklaeren-patienten-oft-faelschlich-fuer-hirntot-1.1891373)

2. Die für die Koordination von Organspenden zuständige Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) bezifferte in diesem Bericht die Häufigkeit fehlerhafter Hirntoddiagnosen auf 0,67%. Eine solche Fehlerquote ist in diesem sensiblen Bereich inakzeptabel hoch.

3. Der Vorstand der DSO, Herr Dr. R Hess, betont in einer Presseinformation vom 18.2.2014, es sei „auch im Interesse der DSO die Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte für eine Hirntoddiagnostik zu verschärfen. Dies sei allerdings Aufgabe der Bundesärztekammer." (http://www.dso.de/dsopressemitteilungen/einzelansicht/article/hirntoddiagnostik-zu-unrecht-untergeneralverdacht.html)

4. Die drei Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI) fordern am 5. März 2014 aktuell eine bessere Qualifikation der Untersucher. Diese Forderung wurde auch von dem langjährigen Vorsitzenden der Überwachungskommission der BÄK und Hirntodexperten Herrn Prof. H. Angstwurm unterschrieben. (Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V., http://www.dgn.org/pressemitteilungen/feststellung-hirntod.html und http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/strengere-regeln-fuer-hirntod-diagnose-essollte-jemand-machen-der-viel-vom-gehirn-versteht-1.1906767)

5. Eine qualitätssichernde Überprüfung der Einsatzprotokolle des Konsiliarteams der DSO-Region Nord, dessen Mitglieder als Zweituntersucher zur Hirntoddiagnostik hinzuge-

rufen wurden, ergab, dass in ca. 30% der Fälle die Diagnose des Erstuntersuchers nicht bestätigt werden konnte. Dies war bereits Gegenstand einer kleinen Anfrage der Linken im Bundestag im Jahr 2013 (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/14527 vom 9.8.2013, http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/145/1714527). Die Problematik wurde nochmals in der Süddeutschen Zeitung vom 18.2. 2014 aufgegriffen.

Vor diesem Hintergrund fordern wir die Aufnahme von folgenden verbindlich einzuhaltenden Standards in die „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes". Diese Richtlinien wurden letztmalig anlässlich der Einführung des Transplantationsgesetzes im Jahr 1997 ergänzt (3. Fortschreibung) und bestehen seither unverändert.
(http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=his=0.6.38.3310.8181.11915.3252#top)

## Die Richtlinien müssen in den folgenden Punkten überarbeitet werden:

1. Grundsätzliche Durchführung einer umfassenden geeigneten toxikologischen Untersuchung vor Beginn der Hirntoduntersuchung, um Medikamente im Blut des Patienten auszuschließen, die die Hirnfunktion und damit die Feststellung des Hirntodes beeinträchtigen, sowie Festlegung begründeter Ausnahmen
2. Grundsätzliche Durchführung einer neben der klinischen Untersuchung ergänzenden geeigneten technisch-apparativen Untersuchung (z.B. Hirnstromkurve (EEG) oder Kreislaufverfahren (z.B. Doppler-/Duplexsonographie) sowie Festlegung begründeter Ausnahmen
3. Qualifikationsnachweis für den die technische Zusatzuntersuchung durchführenden Arzt (z.B. Zertifikat der Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologe (DKGN) oder Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM))
4. Festlegung, dass grundsätzlich auch die apparative Untersuchung von zwei unabhängigen Ärzten persönlich vorgenommen werden muss.

Um die **Qualifikation der Ärzte** zu erhöhen, fordern wie zudem die Einführung einer Zusatzbezeichnung „Hirntoddiagnostik" in die (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Nur Ärzte, die über diese Zusatzbezeichnung verfügen, sollen den Hirntod feststellen dürfen. Diese Qualifikation soll mit folgenden Voraussetzungen erworben werden können:

1. Facharzt
2. Zusätzliche Weiterbildung Intensivmedizin oder Nachweis mehrjähriger entsprechender Erfahrung
3. Strukturierte curriculare Weiterbildung mit zusätzlich praktischem Teil mit Beteiligung an mindestens 5 Hirntoduntersuchungen
4. Prüfung vor der Landesärztekammer

Die vermeintliche Sicherheit der Hirntoddiagnostik wurde auch schon in der Vergangenheit kritisch hinterfragt, sowohl intern als auch in der Öffentlichkeit:

Im Mai 2006 wurde im Dt. Ärzteblatt die Qualifikation der Hirntoduntersucher problematisiert. Bereits damals sah die DSO die Ärztekammer in der Pflicht: „Und die Qualität ... sollten die Ärztekammern überprüfen." (T. Blöß: „Stiftung in der Kritik", Dt. Ärzteblatt 2006: 103 (19) A: 1268-1270 und http://www.aerzteblatt.de/archiv/51328/Organspenden-Stiftung-in-der-Kritik)

Auf dem Dt. Ärztetag 2007 wurde thematisiert, dass hinsichtlich der Hirntoddiagnostik „eine flächendeckende Qualifikation der Intensivmediziner nicht gegeben ist" (TOP II: Ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation, http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2007/co030018/artikel.htm)

In 2012 berichtete die TAZ über Probleme mit fehlerhaften Hirntodfeststellungen und mahnte Reformen durch die BÄK an.
(H. Haarhoff: Hirntod-Diagnose: Fehler bei der Feststellung, taz, 14.12.2012, http://www.taz.de/Hirntod-Diagnose/!107426/)

In 2012 führte die DSO eine interne Untersuchung durch, bei der „alle nicht korrekt durchgeführten Hirntoddiagnostiken zu melden" seien.
(H. Haarhoff: Hirntod-Diagnose: Fehler bei der Feststellung, taz, 14.12.2012, http://www.taz.de/Hirntod-Diagnose/!107426/)

In 2013 verabschiedete die 123. Hauptversammlung des Marburger Bundes in Vorbereitung des 116. Deutschen Ärztetages in Hannover zwei Anträge „Einführung einer Zusätzlichen Weiterbildung Hirntoddiagnostik" und „Obligate technische Zusatzuntersuchung bei der Hirntoddiagnostik", die derzeit noch im Vorstand des MB beraten werden. (Marburger Bund, 30.09.2013: Bericht über die weitere Behandlung der Beschlüsse und der an den Vor-

stand überwiesenen Anträge aus der 123. Hauptversammlung am 25./26.5.2013 in Hannover)

Angesichts der Bedeutung einer korrekten Hirntoddiagnostik für den Spender und für das Vertrauen der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin haben Aspekte zur Praktikabilität oder Wirtschaftlichkeit zurückzustehen.

Es gibt keinen plausiblen Grund, warum ausgerechnet in diesem sensiblen Bereich der Medizin keine Zusatzqualifikation des Arztes erforderlich sein soll, die sonst in fast allen Bereichen Standard ist.

Nunmehr besteht durch die jüngsten Veröffentlichungen und öffentlichen Diskussionen akuter Handlungsbedarf. Gefordert ist vor allem die Bundesärztekammer, in deren Aufgabenbereich sowohl die Überarbeitung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes als auch die Einführung einer Zusatzbezeichnung fällt.

Wir vermissen eine öffentliche Klarstellung der Bereitschaft der Bundesärztekammer zu entsprechenden Maßnahmen und schreiben deshalb einen offenen Brief an Sie mit der Bitte, als Präsident sowie Vizepräsidentin und Mitglied der Organspendekommission der Bundesärztekammer dafür Sorge zu tragen, dass obige Forderungen unverzüglich umgesetzt werden.

**Hermann Deutschmann**
Ltd Oberarzt Neurologie
KRH Klinikum Nordstadt
Hannover

**Dr. Christoph Goetz**
Neurochirurg
Chefarzt der Abt. Wirbelsäulen- und Neurochirurgie
Asklepios Klinik Harburg

**Prof. Dr. Gundolf Gubernatis**
Transplantationschirurg
Wilhelmshaven

**Dr. med. Elisabeth Rehkopf**
Praxis für Neurologie am MHO
Osnabrück

**Dr. med. Robert Schumann**
Facharzt für Neurologie
Schortens

**Prof. Dr. Andreas Schwartz**
Chefarzt Neurologie und Ärztlicher Direktor
KRH Klinikum Nordstadt
Hannover

Norbert H. Müller

# Die neue Richtlinie zur Hirntoddiagnostik – Rechtliche Bewertung

## I. Qualifikation der Untersucher

### 1. Inhalt der Richtlinie

Die Richtlinie hat die Qualifikationsanforderungen an die untersuchenden Ärzte konkretisiert. Der irreversible Hirnfunktionsausfall in der Intensivmedizin muss nunmehr durch Fachärzte festgestellt werden, die über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen verfügen. Ausdrücklich sieht die Richtlinie vor, dass einer dieser Ärzte ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein muss.

Beide Fachärzte müssen nach der Richtlinie Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen, um die Indikation zur Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zu prüfen, die klinischen Untersuchungen durchzuführen und die Ergebnisse der angewandten operativen Zusatzdiagnostik im Kontext der in der Richtlinie beschriebenen diagnostischen Maßnahmen beurteilen zu können.

Insbesondere müssen beide Fachärzte dazu in der Lage sein, unter Berücksichtigung des Lebensalters des Patienten, zerebrale von spinalen und von peripher neurogenen Reaktionen zu unterscheiden, Erfahrung bei der Beurteilung von Medikamenteneffekten auf den klinischen und auf den neurophysiologischen Befund vorweisen, Erfahrung bei der Beurteilung der Pharmakokinetik zentral dämpfender Medikamente unter Beachtung potentieller Interaktionen sowie der Körpertemperatur des Patienten haben, Erfahrung bei der Beurteilung der Auswirkungen von Vorerkrankungen, aktuellen Organschäden, metabolischen Störungen etc. auf die klinischen Symptome vorweisen und Kenntnis der Indikationen und der Limitationen der ergänzenden Untersuchungen haben.

Bei der Untersuchung von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr muss einer der Ärzte Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein. Handelt es sich dabei um einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie (Neuropädiater) muss der zweite untersuchende Arzt kein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein.

In der Richtlinie wird hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen auf die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern verwiesen und den Einrichtungen, in denen irreversible Hirnfunktionsausfälle festgestellt werden, aufgetragen, ein geeignetes Verfahren zur Qualitätssicherung der Todesfeststellung in einer

Norbert H. Müller

Arbeitsanweisung zu etablieren und in regelmäßigen Abständen den Weiterentwicklungsbedarf zu überprüfen.

### 2. Kritikpunkte

#### a) Qualifikation

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Qualifikationsanforderungen an die untersuchenden Ärzte nunmehr zwar festgelegt, jedoch nicht durch eine neutrale Stelle überprüft werden.

Die untersuchenden Ärzte müssen in den Protokollen zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalles ihre Facharztbezeichnung und ihre eigene Einschätzung dazu, ob ihre diagnostischen Fähigkeiten richtlinienkonform sind, dokumentieren. Mit dieser Maßnahme ist vom Richtliniengeber eine Selbstkontrolle der untersuchenden Ärzte hinsichtlich ihrer Qualifikation vorgesehen worden.

Angesichts des schwindenden

Vertrauens der Bevölkerung in das Organspendeverfahren wäre es wünschenswert gewesen, an Stelle der Selbstkontrolle der untersuchenden Ärzte eine bundeseinheitliche Qualitätskontrolle zu schaffen.

Der Richtliniengeber hat ausdrücklich klargestellt, dass die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ein spezielles Verfahren zur Todesfeststellung in der Intensivmedizin darstelle. Die logische Konsequenz daraus wäre es gewesen, dass auch nur Fachärzte aus diesem Tätigkeitsfeld den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellen.

Eine stichprobenartige Überprüfung einiger Weiterbildungsordnungen der Länder hat ergeben, dass das Fachgebiet der Intensivmedizin als Zusatzweiterbildung bereits vorgesehen ist. Die Weiterbildungsordnung des Landes Baden-Württemberg beispielsweise, sieht eine 24-monatige Zusatzweiterbildung Intensivmedizin vor. Die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin umfasst danach „in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung von Patienten, deren Vitalfunktionen oder Organfunktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch intensive therapeutische Verfahren unterstützt oder aufrechterhalten werden müssen.“ Als Weiterbildungsinhalt ist u. a. ausdrücklich die Hirntoddiagnostik einschließlich der Organisation der Organspende vorgesehen.

Vor diesem Hintergrund ist es unverständlich, weshalb der Richtliniengeber nicht ausdrücklich festlegt, dass die untersuchenden Ärzte über eine solche Zusatzweiterbildung verfügen müssen oder eine anderweitige Kontrolle der diagnostischen Fähigkeiten der untersuchenden Ärzte festlegt.

### b) Verweis auf die Weiterbildungsordnung

Der Gesetzgeber hat der Bundesärztekammer den Auftrag erteilt, nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirn, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation bundeseinheitlich zu regeln (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 TPG).

Der Richtliniengeber hat hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen auf die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern verwiesen. Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern orientieren sich zwar an der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, die Weiterbildungsinhalte können sich jedoch von Bundesland zu Bundesland unterscheiden, da es Aufgabe der Landesärztekammern ist, die Weiterbildungsinhalte festzulegen. Eine bundeseinheitliche Qualifikation der untersuchenden Ärzte ist damit nicht sichergestellt.

Die Ausführungen in der Richtlinie lassen nicht erkennen, ob der Richtliniengeber eine Überprüfung dahingehend vorgenommen hat, dass in allen 16 Weiterbildungsordnungen eine ausreichende Qualifikation im Sinne der Richtlinie verankert ist. Es besteht demnach die Gefahr, dass trotz der Qualifikation als Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie je nach Bundesland ein unterschiedlicher Ausbildungsstand vorhanden ist, der den Erwerb der in der Richtlinie vorgesehenen diagnostischen Fähigkeiten für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls möglicherweise gar nicht vorsieht.

Es bleibt also den einzelnen Landesärztekammern überlassen, ob, wie und in welchem Zeitrahmen sie mögliche Qualifikationsanforderungen, die die Richtlinie vorsieht, überhaupt in die Weiterbildungsordnung aufnehmen. Dies entspricht nicht der gesetzgeberischen Intention, ein bundeseinheitliches Verfahren zu etablieren.

### c) Verfahren zu Qualitätssicherung

Der Gesetzgeber hat den Richtliniengeber damit beauftragt, die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Richtlinie festzulegen (§ 16 Abs. 1 Nr. 6 TPG).

In der Richtlinie ist vorgesehen, dass „ein geeignetes Verfahren zur Qualitätssicherung der Todesfeststellung in einer Arbeitsanweisung“ durch die Einrichtungen, in deren Auftrag die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden und protokollierenden Ärzte tätig werden, etabliert werden soll.

Der Richtliniengeber hat hinsichtlich der Anforderungen an die Qualitätssicherung und des Zeitrahmens in dem solche Arbeitsanweisungen vorhanden sein müssen, keinerlei Angaben gemacht. Den genannten Einrichtungen bleibt nach der Richtlinie ausgerechnet in Fra-

Foto: © M. Schuppich/fotolia.com

gen der Qualitätssicherung völlig freie Hand. Dies bedeutet, dass jeder Einrichtung im Sinne der Richtlinie selbst überlassen ist, ob, wie und wann sie Arbeitsanweisungen etabliert. Hinzukommt, dass jede der Einrichtungen im Sinne der Richtlinie eine ganz eigene Arbeitsanweisung kreieren kann, die keinen Regeln unterworfen ist. Es sind noch nicht einmal Mindestanforderungen formuliert worden.

Auch dies entspricht nicht der gesetzgeberischen Intention, eine bundeseinheitliche für alle Einrichtungen im oben genannten Sinne geltende Regelungen vorzugeben.

## II. Dokumentation zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls

Gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 TPG sind die Feststellungen der Untersuchungsergebnisse und ihr Zeitpunkt von den Ärzten unter Angabe der zugrundeliegenden Untersuchungsbefunde unverzüglich jeweils in einer Niederschrift aufzuzeichnen und zu unterschreiben.

Der Richtlinie sind die Anlagen 1 - 3 beigefügt. Es handelt sich um Protokolle, die zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalles verwendet werden müssen. Differenziert worden ist nach dem Lebensjahr. Einer der Protokollbögen ist vorgesehen für die Dokumentation ab Beginn des dritten Lebensjahres (Anlage 1), ein Protokollbogen für eine Dokumentation bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr (Anlage 2) und ein Dokumentationsbogen bestätigt den Eintritt des Todes gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG i. V. m. § 5 Abs. 1 S. 1 TPG (Anlage 3).

Beide untersuchenden Ärzte sind nach den gesetzlichen Vorgaben dazu verpflichtet, die zugrundeliegenden Untersuchungsbefunde, das Untersuchungsergebnis und ihren Zeitpunkt unverzüglich jeweils zu dokumentieren und zu unterschreiben (§ 5 Abs. 2 S. 3 TPG).

Dies bedeutet, dass sich beide Ärzte ganz unabhängig voneinander ein eigenes Bild verschaffen und in dem als Anlage 1 oder 2 vorgegebenen Protokollbogen getrennt voneinander jeder für sich aufgrund der selbst erhobenen Befunde dokumentieren müssen. Beiden Ärzten steht es nach der Dokumentation der in den Protokollen geforderten Voraussetzungen (Ziffer Nr. 1) und der klinischen Symptome (Ziffer Nr. 2) frei, weitere Untersuchungen (Ziffer Nr. 2 unten, Ziffer Nr. 3) anzuordnen.

Erst wenn beide untersuchenden Ärzte unabhängig voneinander den irreversiblen Hirnfunktionsausfall übereinstimmend festgestellt haben, wird dies in dem Protokollbogen des letzten untersuchenden Arztes unter Ziffer Nr. 4 bzw. 5 „Feststellung des Todes“ festgehalten und zusätzlich die der Richtlinie als Anlage 3 beigefügte Bestätigung von beiden Ärzten ausgefüllt.

Hierbei ist besondere Sorgfalt geboten, da eine vorsätzliche oder fahrlässige nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Aufzeichnung, die nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig gemacht wurde, als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 30.000,00 € geahndet werden kann (§ 20 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 TPG).

Weitere Informationen:
Rechtsanwalt Norbert H. Müller
Fachanwalt für Arbeitsrecht und Steuerrecht
c/o Kanzlei Klostermann & Partner
Kortumstraße 100, 44787 Bochum

Gerd Norden

# Dauerbrenner KHSG

**Das Bundeskabinett hat am 20.06.2015 den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) beschlossen. Am 02./03.07. wurde der Gesetzentwurf in erster Lesung im Deutschen Bundestag und am 10.07.2015 im Bundesrat behandelt. Dieser hat im allgemeinen Teil seiner umfangreichen Stellungnahme angeregt, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusätzliche finanzielle Entlastungen der Krankenhäuser zu prüfen.**

**Für den 07.09.2015 ist die öffentliche Anhörung des Gesetzentwurfes im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages vorgesehen. Die zweite und dritte Lesung im Deutschen Bundestag ist für den 06. November terminiert. Das Gesetz soll ab 01.01.2016 in Kraft treten.**

Strittig ist derzeit noch, ob dieses Gesetz der Zustimmung des Bundesrates bedarf, oder ob es als „zustimmungsfrei" deklariert wird. Die Bundesregierung geht von Letzterem aus, die Bundesländer reklamieren unter Verweis auf die zu erwartende Belastung der Länderhaushalte (Strukturfonds!) auf die Zustimmungsbedürftigkeit.

Nach der ersten Beratung des Gesetzentwurfes im Deutschen Bundestag hat sich eine breite Protestwelle gegen das KHSG formiert. Unter anderem haben DKG, VKD und VLK massive Kritik an diesem Gesetzentwurf geübt. Dies wiederum hat das BMG veranlasst, ein vierzehnseitiges Argumentationspapier zu konzipieren, in dem sehr detailliert auf die Kritik der Vertreter der Krankenhausseite eingegangen wird. Darüber hinaus hat Prof. Lauterbach in einem an die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion gerichteten Schreiben vom 03.07.2015 dazu aufgerufen, sich durch die massive Kritik nicht verunsichern zu lassen. Als Ergänzung hierzu hat die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Hilde Mattheis, gemeinsam mit ihrer MdB-Kollegin Marina Kermer ein sechsseitiges Informationsschreiben ebenfalls an die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion gerichtet, um diese über die wichtigsten Inhalte des Gesetzes in Kurzform zu informieren und ihnen für die „schwierigen Diskussionen mit Krankenhäusern" gleich einen Gesprächsführungsvorschlag mitgeliefert.

Die Unions-Fraktion mochte angesichts dieser Initiativen des Koalitionspartners nicht zurückstehen: Der stv. Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag, Dr. Georg Nüsslein, hat gemeinsam mit der wohl künftigen gesundheitspolitischen Sprecherin der Unions-Fraktion, Maria Michalk, ebenfalls ein Informationsschreiben an die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion gerichtet. In diesem Schreiben werden noch einmal die wesentlichen Inhalte des KHSG dargelegt und abschließend noch einmal bekräftigt, dass dieses Gesetz noch im Jahre 2015 beschlossen werden wird.

Der Präsident der Deutschen Krankenhaugesellschaft, Thomas Reumann, hat angesichts der Verneinung der negativen Auswirkungen des KHSG in den Argumentationspapieren des BMG und der Fraktionen in einem Schreiben an die Mitglieder der Fraktionen von CDU/CSU und SPD im Deutschen Bundestag seine Sorge geäußert, dass die in den Krankenhäusern nachrechenbaren negativen Auswirkungen des KHSG verharmlost und verneint werden sollen. Um diesen Tendenzen entgegenzuwirken, hat er noch einmal unter Hinweis auf die im Gesetzentwurf vorgesehenen Kürzungselemente die Aussage der DKG bekräftigt, dass infolge des KHSG den Krankenhäusern im Jahre 2017 zusätzlich zu bereits mit vorausgegangenen installierten Kürzungen 1 Mrd. Euro entzogen werden.

Die Positionierungen sind klar, die Argumente beider Seiten liegen auf dem Tisch. Ein heißer Herbst darf erwartet werden, denn es geht um nicht weniger als die Zukunft einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung in Deutschland.

Die vorstehend zitierten Rundschreiben von Prof. Lauterbach, Frau Mattheis, Dr. Nüsslein und Landrat Reumann sind nachfolgend im Wortlaut abgedruckt.

**Prof. Dr. Karl Lauterbach** **03. Juli 2015**

# Schreiben an die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion

Liebe Genossinnen
und Genossen,

mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) haben wir in dieser Woche in erster Lesung im Bundestag die Weichen für eine deutliche Qualitätsverbesserung für die Patientinnen und Patienten bei der Krankenhausbehandlung gestellt.

Wie aus den vielen Zuschriften, die Ihr von den Krankenhausträgern vor Ort bekommt, ersichtlich wird, stößt dies bei diesen nicht überall auf Zustimmung. Insbesondere wird von den Trägern kritisiert, dass ab 2017 der sogenannte Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro pro Jahr entfällt, der nach dem Grießkannenprinzip auf alle Krankenhäuser verteilt wird.

Durch ein Bündel von Maßnahmen wollen wir künftig die erheblichen Mittel für die Krankenhausversorgung wesentlich gezielter im Sinne der Patientinnen und Patienten einsetzen. Dazu zählt zuallererst ein Pflegestellen-Förderprogramm bereits ab 2016, mit dem wir über drei Jahre hinweg 660 Millionen Euro bereitstellen, die für die Pflege am Krankenbett verwendet werden sollen. Erklärtes Ziel der SPD ist es, in den weiteren Beratungen das Volumen dieses Förderprogramms noch auf 1,32 Milliarden zu verdoppeln. Dazu verhandeln wir noch im Sommer mit Bund und Ländern weiter.

Zudem werden wir durch die Einführung von Qualitätszuschlägen einen Paradigmenwechsel bei der Krankenhausbehandlung einleiten. Zukünftig werden Krankenhäuser, die sich bei der Behandlung ihrer Patienten und bei der Hygiene besonders anstrengen, besser vergütet.

Foto: © bluedesign/fotolia.com

Zur Förderung der Umstrukturierungsprozesse in der Krankenhausversorgung richten wir einen Strukturfonds in Höhe von 500 Millionen Euro ein, an dem sich die Länder in gleicher Höhe beteiligen müssen. So steht eine Milliarde Euro zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen zur Verfügung.

Angesichts der hohen Bedeutung dieser Krankenhausreform werden die Widerstände vor Ort auch über den Sommer hinweg nicht nachlassen. Lasst Euch davon nicht verunsichern, die Schlagrichtung dieses Gesetzentwurfes ist die richtige und wir werden Euch dazu mit weiteren Informationen und Argumenten versorgen.

Herzliche Grüße
Euer

Hilde Mattheis, Marina Kermer 03.07.2015

# Schreiben an die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

am 2. Juli haben wir in erster Lesung den Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen für ein Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) beraten. Der Gesetzentwurf hat bereits im Vorfeld eine intensive und kontroverse öffentliche Diskussion ausgelöst. Wir erwarten, dass die Auseinandersetzung in der Sommerpause in den Wahlkreisen weitergeführt wird. Sicher haben viele von Euch Einladungen zu entsprechenden Veranstaltungen mit Krankenhäusern, Unikliniken oder Gewerkschaften bekommen oder auch schon die ersten Veranstaltungen gemacht.

Um Euch für die Diskussionen über die anstehende Krankenhausreform fit zu machen, möchten wir Euch als Ergänzung zu den Informationen, die Ihr heute bereits von unserem stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden Karl Lauterbach erhalten habt, kurz über die bisherigen Beratungen und die wichtigsten Inhalte des Gesetzes und unsere Botschaften dazu informieren. Außerdem machen wir Euch einen Gesprächsführungsvorschlag und ein Unterstützungsangebot, mit dem Ihr schwierige Diskussionen mit Krankenhäusern u.U. positiv gestalten könnt.

## Bisherige Beratungen

### 1. Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag haben wir die wichtigsten Ziele einer guten Krankenhausversorgung formuliert. Krankenhäuser sollen in Zukunft gute Qualität liefern, gut erreichbar und sicher sein. Dazu haben wir eine ganze Reihe von Einzelmaßnahmen beschrieben, mit denen die Qualität der Krankenhausversorgung verbessert wird, eine auskömmliche Finanzierung der Betriebskosten sichergestellt wird, Verbesserungen für das Pflegepersonal umgesetzt werden und die Länder bei der bedarfsgerechten Umstrukturierung der Versorgungsstrukturen unterstützt werden. Aus diesen Vorgaben sollte eine Arbeitsgruppe von Bund und Ländern bis Ende 2014 Eckpunkte für eine Krankenhausreform erarbeiten.

### 2. Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Nach intensiven Beratungen und bis zuletzt auch kontrovers geführten Verhandlungen wurden am 5. Dezember 2014 die Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015 verabschiedet. Darin bekennen sich Bund und Länder gemeinsam zu ihrer Verantwortung für die Krankenhausversorgung als wichtiges Element der Daseinsvorsorge. Die Länder haben sich insbesondere verpflichtet, „die Investitionsmittel für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen“.

### 3. Gesetzentwurf

In den ersten Monaten des Jahres 2015 wurde auf der Basis der Eckpunkte der Gesetzentwurf des KHSG formuliert. Auch bei der Formulierung des Gesetzentwurfes waren die Länder eng eingebunden. Der Gesetzentwurf gibt sehr gut die in den Eckpunkten getroffenen Vereinbarungen wieder.

Für das Gesetzgebungsverfahren haben wir uns darauf verständigt, dass die Koalitionsfraktionen den Gesetzentwurf parallel zum Regierungsentwurf in den Bundestag einbringen, um den Gang der parlamentarischen Beratungen zu beschleunigen. Am 10. Juni 2015 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf beschlossen. In der ersten Lesung im Bundestag, am 2. Juli, haben wir daher den wortgleichen Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen eingebracht. Unmittelbar nach der Sommerpause werden wir die Ausschussberatungen mit einer Sachverständigenanhörung fortsetzen. Bevor wir in die für den Herbst vorgesehene 2./3. Lesung des Gesetzes gehen, werden wir uns noch einmal eng mit den Ländern darüber abstimmen, welche Änderungen als Folge der parlamentarischen Beratungen noch umgesetzt werden sollen.

## Die wichtigsten Inhalte der Krankenhausreform

### 1. Wir verbessern die Situation für die Pflegekräfte in den Krankenhäusern

- Wir brauchen verbindlichere Vorgaben für den Personaleinsatz in den Krankenhäusern. Diese sind aber nicht sofort zu haben. Wir werden eine Expertinnen- und Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung einsetzen. Sie soll ihre Arbeit schnellstmöglich aufnehmen und bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob ein erhöhter Pflegebedarf von

demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten aber auch der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern bei der Finanzierung sachgerecht abgebildet werden. Die Expertinnen und Experten sollen dann Vorschläge machen, wie die Kosten für das erforderliche Pflegepersonal finanziert werden können. Weiterhin soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellenförderprogramms auch auf Dauer zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

- Damit den Pflegekräften in den Krankenhäusern sofort geholfen werden kann, wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet, für die unmittelbare pflegerische Patientenversorgung (Pflege am Bett). In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Mio. Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft 330 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung. Dadurch können voraussichtlich 6.350 neue Stellen geschaffen werden, die ausschließlich der Pflege am Bett zu Gute kommen. Die SPD setzt sich dafür ein, die Mittel für das Programm auf 1,32 Mrd. Euro zu verdoppeln.

### 2. Wir verbessern die Qualität der Krankenhausversorgung

- Bei der Krankenhausvergütung wird künftig stärker an Qualitätsaspekten angeknüpft. Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Dazu entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss zunächst Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren. Die Zuund Abschläge werden bundeseinheitlich vereinbart. Wenn beispielsweise der Einsatz eines künstlichen Kniegelenks vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die qualitätsabhängige Vergütung ausgewählt würde, könnten theoretisch als Qualitätsziel die Wiederherstellung der Beweglichkeit und als Indikatoren Maßzahlen der postoperativen Beweglichkeit festgelegt werden.

- Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird hierfür Qualitätsindikatoren entwickeln, die Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder sein sollen. Die Länder können diese durch Landesrecht ganz oder teilweise ausschließen. Eine nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses hat rechtliche Konsequenzen auch für die Aufnahme oder den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan des Landes. Das bedeutet beispielsweise, dass ein Krankenhaus, das maßgebliche Qualitätskriterien dauerhaft nicht erfüllt, vom zuständigen Land ganz oder teilweise – z. B. abteilungs- oder auch leistungsbezogen – aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden kann. Schlechte Qualität wird also künftig Konsequenzen in der Krankenhausplanung haben – Planung und Qualitätssicherung werden miteinander verknüpft.

- Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden patientenfreundlicher gestaltet, denn Patientinnen und Patienten benötigen leichter nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus.

- Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Mindestmengenregelungen – also bestimmte Untergrenzen für Leistungsmengen in der stationären Versorgung – sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung bei hochkomplexen Leistungen. Sie dienen der Sicherung der notwendigen Erfahrungskompetenz bei ihrer Durchführung und damit der Risikominimierung zum Schutz der Patientinnen und Patienten.

### 3. Wir verbessern die Krankenhausfinanzierung

- Wir schaffen die doppelte Degression ab. Krankenhäuser bekommen Leistungen, die sie im Vergleich zum Vorjahr zusätzlich erbringen wollen, auch zusätzlich bezahlt, allerdings nicht zum vollen Preis, weil den zusätzlichen Erlösen i. d. R. keine entsprechenden zusätzlichen Kosten gegenüberstehen. Die Mehrleistungen werden mit den Krankenkassen prospektiv, also für das Folgejahr im Voraus, verhandelt und vereinbart. Der Abschlag ist gesetzlich auf 25 Prozent festgelegt und gilt für die Dauer von drei Jahren. Weil die zusätzlich vereinbarten Leistungen nur anteilig bezahlt werden, sinkt jedoch auch der Landesbasisfallwert, der das Preisniveau für alle Krankenhausleistungen im Land darstellt. Dieser Effekt wird doppelte Degression genannt. Die doppelte Degression wird als ungerecht wahrgenommen, weil sie alle im Land abgerechneten Fallpauschalen trifft, also auch Krankenhäu-

ser, die keine Mehrmengen vereinbart haben.

- Als Ausgleich für die Krankenhäuser, die bisher keine Mehrleistungen erbracht hatten, durch die doppelte Degression aber dennoch Nachteile in Kauf nehmen mussten, wurde bisher der Versorgungszuschlag gezahlt. Da die doppelte Degression mit dem KHSG abgeschafft wird, entfällt auch der Versorgungszuschlag ab dem Jahr 2017.

- In Zukunft wird der sog. Fixkostendegressionsabschlag den bisherigen Mehrleistungsabschlag ablösen. Er wird auf Landesebene vereinbart, gilt für 5 Jahre und soll so hoch sein, dass die Abschaffung der doppelten Degression für die Kassen ausgabenneutral erfolgt. Weil der Fixkostendegressionsabschlag verursachergerecht nur noch die Häuser trifft, die tatsächlich zusätzliche Mengen vereinbaren, wird der Fixkostendegressionsabschlag i. d. R. höher sein, als der derzeitige Mehrleistungsabschlag in Höhe von Prozent.

- Zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung werden die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen präzisiert. Sicherstellungszuschläge können an Krankenhäuser gezahlt werden, die zwar bedarfsnotwendig, auf Grund eines geringen Versorgungsbedarfs aber trotzdem nicht kostendeckend finanzierbar sind. Die Voraussetzungen und der Umfang der Sicherstellungszuschläge wurden bisher auf Bundesebene vereinbart, was zu einer unzureichenden Anwendung geführt hat. Zukünftig legt der Gemeinsame Bundesausschuss die Voraussetzung für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen fest. Damit soll dieses Instrument gestärkt werden. Die Höhe des Zuschlages richtet sich nach der Höhe des Defizits des Krankenhauses und wird krankenhausindividuell verhandelt.

- Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten in Zukunft höhere Zuschläge. Die neuen Regelungen zielen darauf ab, differenzierte Zuschläge für die Notfallversorgung einzuführen, die das Leistungsangebot der Krankenhäuser besser berücksichtigen als bislang. So sollten Notfallzuschläge für Universitätskliniken oder Krankenhäuser der Maximalversorgung, die an 7 Wochentagen 24 Stunden sämtliche Fachabteilungen mit qualifiziertem Fachpersonal bereit halten, höher sein als in Krankenhäusern der Grundversorgung, die ausschließlich die Mindestvoraussetzungen zur Teilnahme an der Notfallversorgung erfüllen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, bundeseinheitliche Vorgaben für ein entsprechendes Stufensystem in der Notfallversorgung zu entwickeln. Für Krankenhäuser, die sich nicht an der Notfallversorgung beteiligen oder die Voraussetzungen hierfür nicht erfüllen, ist wie bisher ein Abschlag vorgesehen. Die Höhe der Notfallzuschläge sowie des Notfallabschlags sind bundeseinheitlich von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung zu vereinbaren.

### 4. Wir schaffen die Voraussetzungen dafür, dass in den Ländern die Versorgungsstrukturen verbessert werden können

- Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds eingerichtet. Dazu werden einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro 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. Euro zur Verfügung gestellt. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zu Gute kommen.

- 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.

## Gesprächsführungsvorschlag

Wir sind davon überzeugt, dass wir ein gutes Gesetz vorgelegt haben und dass die Grundprinzipien richtig sind, nach denen die Regelungen formuliert sind. Deshalb stehen wir auch zu den Gesamtwirkungen, die unsere Reform entfalten wird: Verbesserungen für das Pflegepersonal, mehr Qualität bei der Versorgung, eine bessere Finanzierung für die Krankenhäuser und Unterstützung für die notwendigen Umstrukturierungen in den Ländern.

Aber Krankenhausfinanzie-

rung ist eine sehr komplexe Materie. Deshalb können wir nicht die Auswirkungen des Gesetzes auf jedes einzelne Krankenhaus im Voraus abschätzen. Selbstverständlich kennen aber die Verwaltungsleiter in den Krankenhäusern ihre wirtschaftlichen Daten sehr genau und haben detaillierte Berechnungen dazu, welche Auswirkungen die Krankenhausreform für ihr Haus haben wird. In Diskussionsveranstaltungen können Abgeordnete nicht bewerten, ob die vorgetragenen Zahlen korrekt oder wenigstens vollständig sind und geraten automatisch immer ins Hintertreffen, wenn die Diskussion geführt wird über die finanziellen Folgen unserer Reformmaßnahmen für ein einzelnes Haus.

Wir empfehlen Euch deshalb, den Häusern zu sagen, dass wir ihre Probleme sehr ernst nehmen und ihnen anzubieten, dass wir uns mit ihrer spezifischen Situation auseinandersetzen, wenn sie uns die Zahlen zur Verfügung stellen, auf die sie ihre Kritik stützen. Wir werden sie dann fachlich prüfen lassen und die Ergebnisse ggf. in die weiteren Beratungen über das Gesetz einfließen lassen. Unser Angebot an Euch ist, dass Ihr das Material, das Ihr u. U. von Krankenhäusern geschickt bekommt, an die Referenten der Arbeitsgruppe Gesundheit weiterleitet. Unsere Fachleute werden dann versuchen, eine Einschätzung zu den Zahlen abzugeben und Euch bei der weiteren Diskussion mit Euren Krankenhäusern unterstützen.

Hilde Mattheis, MdB
Sprecherin AG-Gesundheit

Marina Kermer, MdB
Berichterstatterin

**Dr. Georg Nüsslein, Maria Michalk** **23. Juli 2015**

## Schreiben an die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag

# Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

in der letzten Sitzungswoche haben wir im Bundestag den Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) in erster Lesung beraten. Der Entwurf ist das Ergebnis der Verhandlungen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die sich im vergangenen Jahr auf Eckpunkte verständigt hat. Der Wortlaut des Entwurfs wurde mit den Ländern und den beiden Koalitionsfraktionen abgestimmt.

Mit dem KHSG werden wir den Krankenhäusern in den kommenden fünf Jahren insgesamt rund 6 Mrd. Euro an zusätzlichen Mitteln zur Verfügung stellen. Anderslautende Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die von Mindererlösen von bis zu 1 Mrd. Euro ausgehen, sind nicht zutreffend, da positive Effekte weggelassen werden.

Bereits heute werden aus Versichertenbeiträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Krankenhäuser jährlich über 68 Mrd. Euro aufgewendet. Das ist der größte Ausgabenblock und mehr als ein Drittel der GKV-Ausgaben. Alleine in den letzten 7 Jahren sind die GKV-Ausgaben zu Gunsten der Krankenhausversorgung um über 15 Mrd. Euro bzw. um 30 Prozent gestiegen.

Während die Beitragszahler immer mehr Mittel für die Krankenhäuser bereitstellen, haben die Länder ihre Investitionskostenfinanzierung sukzessive reduziert. Mittlerweile auf nur noch 2,7 Mrd. Euro jährlich. Das ist von Land zu Land zwar unterschiedlich, aber im Gesamttrend ist das eine deutliche Verminderung der Investitionsquote. Experten zufolge wird eine Summe in Höhe von jährlich etwa 5 Mrd. Euro benötigt, um die Substanz der Krankenhäuser zu erhalten. Die Folge ist eine Quersubven-

tionierung durch Betriebsmittel der GKV.

Die finanzielle Situation in den Krankenhäusern kann nicht eindimensional betrachtet werden. Es gibt viele Krankenhäuser, die mit den vorhandenen Mitteln gut zurechtkommen, aber auch in einer zunehmenden Zahl geraten Krankenhäuser in finanzielle Notlagen. Die Ursachen sind dabei sehr unterschiedlich und oft auch in den strukturellen Gegebenheiten vor Ort begründet.

In manchen Fällen könnten auch Organisation und Produktivität der Krankenhäuser optimiert werden. Es ist völlig unbestritten: Gute Leistungen sollen auch gut entlohnt werden. Auf der anderen Seite können wir Unwirtschaftlichkeit oder mangelhafte Qualität nicht kritiklos und ohne finanzielle Konsequenzen hinnehmen.

Deshalb wollen wir mit dem KHSG nicht nur finanzielle Verbesserungen, sondern vor allem strukturelle Veränderungen mit dem Ziel einer qualitativ besseren Versorgung erreichen. Dazu gehören weniger unnötige Operationen, weniger leer stehende Betten und eine Stärkung der Qualität. Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf ist ein großer Schritt in die richtige Richtung und setzt zielgenau die Vereinbarungen um, die im Koalitionsvertrag und in den Eckpunkten zwischen Bundesregierung, Koalitionsfraktionen und Ländern festgehalten wurden.

Das KHSG beinhaltet folgende wesentliche Punkte:

### 1. Verbesserung der Qualität

- Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung.
- Qualitätsberichte werden verständlicher und transparenter gestaltet.
- Zuschläge für Leistungen mit außerordentlich guter Qualität, Abschläge bei besonders schlechter Qualität.

### 2. Sicherstellung der stationären Versorgung im ländlichen Raum

Es werden Sicherstellungszuschläge gewährt, wenn ein bestimmtes Versorgungsangebot eines Krankenhauses wohnortnah erhalten werden muss. Die bisherige absenkende Berücksichtigung der Sicherstellungszuschläge beim Landesbasisfallwert wird aufgehoben.

### 3. Stärkung der finanziellen Grundlagen

- Mehrleistungsabschlag, doppelte Degression (d. h. absenkende Anrechnung der Mehrleistungen bei den Landesbasisfallwerten) und Versorgungszuschlag werden abgeschafft.
- Bessere Berücksichtigung der Kostensituation bei der Fallpauschalenkalkulation.
- Bessere Vergütung von Notfallversorgung über Zuschläge.
- Halbierung des Investitionskostenabschlags bei ambulanten Behandlungen.
- Zuschläge für die besonderen Leistungen von Zentren.

Von Seiten der Krankenhausträger wird moniert, dass die Kostensituation der Krankenhäuser bei der Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen nicht angemessen berücksichtigt wird. In weiteren Beratungen werden wir prüfen, wie dies verbessert werden kann.

Im Gegenzug zur Abschaffung der doppelten Degression wird auch der Versorgungszuschlag zurückgenommen. Der Versorgungszuschlag in Höhe von rund 500 Mio. Euro wurde im Rahmen des Soforthilfeprogramms 2013 eingeführt, um den Effekt des Mehrleistungsabschlags zu neutralisieren. Beide Maßnahmen, der Wegfall der Versorgungszuschlags und der Wegfall der Mehrleistungsabschlags, heben sich in ihrer finanziellen Wirkung weitestgehend auf. Regional sowie hausspezifisch bei den einzelnen Krankenhäusern können sich aber Unterschiede ergeben. In weiteren Beratungen werden wir deshalb prüfen, ob wir die unterschiedlichen Auswirkungen auf die Häuser insbesondere auch beim Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren zielgenauer gestalten können, indem wir z. B. den Versorgungszuschlag zumindest teilweise fortführen, um die Ziele der Reform noch besser umzusetzen.

### 4. Steuerung der Mengenentwicklung

- Verschiedene Instrumente zur Mengensteuerung krankenhausindividuell (Anrechnung von Wirtschaftlichkeit, Fixkostendegressionsabschlag bei Mehrleistungen)
- und nicht mehr über den Landesbasisfallwert (doppelte Degression).

In den weiteren Beratungen werden wir gründlich prüfen müssen, ob die vorgesehenen Instrumente zur Mengensteuerung in der kumulativen Wirkung zu starke finanzielle Begrenzungen auslösen. Sollte dies der Fall sein, werden wir entsprechend nachjustieren.

### 5. Einrichtung eines Pflegestellenförderprogramms

- Pflegestellenförderprogramm von 660 Mio. Euro für 3 Jahre.

Damit soll die allgemeine Pflege, d. h. ausschließlich die „Pflege am Bett“ dauerhaft gestärkt werden.

- Eine Expertenkommission soll bis 2017 prüfen, wie bei der Vergütung ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden kann.

Seitens der SPD ist öffentlich eine Verdoppelung der Summe für das Pflegeförderprogramm gefordert worden. Auf den ersten Blick klingt das sympathisch, denn damit würde Geld nicht nur für die bereits vorgesehenen 6.000 sondern für 12.000 zusätzliche Pflegekräfte zur Verfügung gestellt. Aber der Vorschlag ist angesichts des bestehenden Mangels an Fachkräften nicht durchdacht.

Es ist unbestritten, dass in den Krankenhäusern ausreichend Personal zur Behandlung zur Verfügung stehen muss. Dies kann jedoch nicht durch starre gesetzliche Vorgaben zur Personalbemessung sichergestellt werden. Denn der Personalaufwand ist neben dem Pflegebedarf der Patienten unter anderem auch abhängig von der Krankenhausstruktur, der technischen Ausstattung, den Organisationsabläufen und der Aufgabenverteilung in den Kliniken. Er kann damit selbst in Häusern mit ähnlicher Patientenklientel durchaus unterschiedlich sein.

Daher kann eine sachgerechte Personalausstattung nur durch die Verantwortlichen des einzelnen Krankenhauses sichergestellt werden, wobei die spezifischen Verhältnisse vor Ort zu berücksichtigen sind. Viele Krankenhäuser benutzen dazu bestimmte Methoden der Personalbemessung.

Ein gesetzlich verbindlicher Personalschlüssel wäre dagegen kaum mit dem Anspruch wirtschaftlich handelnder Krankenhäuser vereinbar. Dies hat auch eine Anhörung des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag zu dem Thema mit Experten am 12. Juni 2013 ergeben. Eine einfache Festlegung von Personalvorgaben löst das Problem nicht, vielmehr ist eine Verknüpfung mit Qualitätssicherungsmaßnahmen und dem DRG-Fallpauschalensystem notwendig. Auch dazu soll die vorgesehene Expertenkommission Stellung nehmen.

### 6. Strukturfonds

Wir halten an der dualen Finanzierung fest: Die Länder führen die Planung von Krankenhäusern auch weiterhin durch und haben die Investitionsmittel in notwendigem Umfang bereitzustellen.

Um den Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung zusätzlich voran zu bringen, werden in einem Strukturfonds einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die Länder auf der Basis der durchschnittlichen Investitionen der Jahre 2012 bis 2014 den gleichen Beitrag ab 2016 zusätzlich leisten. So wird maximal ein Volumen in Höhe von zusätzlich 1 Mrd. Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig haben sich die Länder verpflichtet, ihrer Verantwortung bei den Investitionen nachzukommen.

Zweck des Fonds:

- Konzentration von Krankenhausstandorten
- Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen sowie
- Abbau von Überkapazitäten.

Im nun anstehenden parlamentarischen Verfahren werden wir uns intensiv mit den Einwänden insgesamt auseinandersetzen und bei Bedarf entsprechende Anpassungen am Gesetzentwurf vornehmen. Eine öffentliche Anhörung findet dazu voraussichtlich am 7. September 2015 im Ausschuss für Gesundheit statt. Weitere Gespräche zwischen den Regierungsfraktionen, den Ländern und dem BMG sind verabredet.

Wir werden noch in diesem Jahr das Gesetz beschließen, damit erforderliche strukturelle Änderungen angestoßen werden können und zusätzliche Mittel schnell und zielgerichtet in den Krankenhäusern ankommen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Georg Nüßlein MdB

Maria Michalk MdB

**Thomas Reuman** **23.07.2015**

## Schreiben an die Mitglieder von CDU/CSU und SPD im Deutschen Bundestag

# Auswirkungen der Krankenhausreform

Sehr geehrte Damen
und Herren,

viele Krankenhäuser und deren Verbände wenden sich aus ihren Wahlkreisen an Sie in Sorge über die Auswirkungen der Krankenhausreform, die im September in den Ausschussberatungen fortgeführt werden soll. Aus Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung verabschieden derzeit Kommunalparlamente Resolutionen, um auf die Problematik für die Krankenhäuser aufmerksam zu machen.

Zentraler Punkt der Kritik sind die negativen finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfes. Angesichts der Verneinung solcher negativer Auswirkungen in den Argumentationspapieren des Bundesministeriums für Gesundheit und den Fraktionen wächst der Unmut in den Krankenhäusern. Es besteht die verstärkte Sorge, dass die in den Krankenhäusern nachrechenbaren negativen Auswirkungen verharmlost und verneint werden sollen.

Die beigefügte Auflistung der Kürzungspunkte des Gesetzentwurfes macht deutlich, dass sehr wohl gesetzliche Änderungen vorgesehen sind, die das Ziel haben, die Vergütungszuwächse für die Krankenhäuser weiter zu begrenzen. Die zentralen Ursachen für die Defizite vieler Krankenhäuser werden nicht beseitigt. Das Problem sind die Diskrepanzen zwischen den Personalkostenzuwächsen infolge der Tarifabschlüsse auf der einen und die gesetzlich gedeckelten Vergütungszuwächse auf der anderen Seite. Anders als bei der Bahn dürfen die Krankenhäuser nach Tarifkostensteigerungen nicht beliebig

die Vergütungen anpassen. Die überwiegende Zahl der in der Reform vorgesehenen und in den Argumentationspapieren dargestellten Verbesserungen (die wir anerkennen) werden relativiert, weil an den maßgeblichen Mechanismen der Preisbildung die dargestellten Kürzungen stattfinden. Wir bleiben deshalb bei unserer Einschätzung, dass den Krankenhäusern im Jahr 2017 insbesondere durch den Wegfall des Versorgungszuschlages (0,8 %ige Preisverbesserung) und durch die Einführung neuer, überzogen hoher Preisabschläge bei Leistungszuwächsen, die zusätzlich zu bereits mit vorausgegangener Gesetzgebung installierten Kürzungen zur Wirkung kommen, ca. 1 Mrd. Euro entzogen werden. Eine Aufrechnung dieser Kürzungen mit den durch die Reform vorgesehenen Mehrausgaben, etwa für Krankenhausschließungen, kommt dem Vergleich zwischen Äpfeln und Birnen gleich. Auch der größte zusätzliche Ausgabenbetrag im Gesetzentwurf, die Mittel für das Pflegestellenförderprogramm, bringt für die Finanzierungsprobleme bei den Bestandskosten der Krankenhäuser keine Verbesserungen. Diese Mittel fließen nur, wenn die Krankenhäuser zuvor Einstellungen und damit höhere Kosten in die Budgets genommen haben.

Zu Verärgerungen in unseren Krankenhäusern trägt zudem bei, dass in den Begründungen für die Reform und auch wieder in den Argumentationspapieren der Eindruck erzeugt wird, die Krankenhausausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung würden auffällig hoch steigen und die Leistungen der Krankenhäuser würden sich auffällig und problematisch entwickeln. Weder das eine noch das andere

Foto: © Syda Productions/fotolia.com

wird durch die amtliche Statistik belegt. Der Anteil der Krankenhausausgaben an den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung ist heute nicht höher als vor 10 Jahren, sogar leicht rückläufig. Auch in den letzten zwei Jahren sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt stärker als die Ausgaben für die Krankenhäuser gestiegen. Der Fallzuwachs in den Krankenhäusern ist mit durchschnittlich 1,25 % in den letzten 10 Jahren absolut unauffällig.

Die Krankenhäuser verwahren sich zudem gegen den Vorwurf, sie würden medizinisch nicht notwendige Leistungen aus ökonomischen Gründen erbringen. Dass der Gesetzgeber in seinen Formulierungen von „… Leistungen …, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind …“ spricht, ist eine Misstrauensbekundung gegenüber den Krankenhäusern und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die nicht gerechtfertigt ist und durch die Gutachten der Bundesregierung nicht bestätigt wird.

Auch die Argumentation, im Krankenhausbereich müssten Schließungen und Strukturanpassungen stattfinden und deshalb müssten die finanziellen Mittel knapp gehalten werden, kann für die überwiegende Zahl der Krankenhäuser, deren Existenzberechtigung zur Sicherung der Versorgung der Bevölkerung heute und in der Zukunft absolut unbestritten ist, nicht akzeptiert werden und ist ebenfalls maßgeblicher Grund für die Proteste in den Krankenhäusern.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Erläuterungen Hilfen für Ihre Gespräche mit unseren Krankenhäusern in Ihren Wahlkreisen geben zu können. Bitte gehen Sie auf die Krankenhäuser in Ihrem Wahlkreis zu.

Mit freundlichem Gruß

Thomas Reumann
Landrat

Prof. Dr. Dr. Martin Bauer

# Zertifizierung für OP-Manager

## Ein Qualifizierungsverfahren des Verbands für OP-Management e.V. (VOPM)

Das Tätigkeitsfeld des OP-Managers hat sich in den vergangenen Jahren dynamisch und aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung in den einzelnen Krankenhäusern heterogen entwickelt. Das Spektrum an Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Aufgaben eines OP-Managers ist entsprechend variabel.

Ebenso ist die Qualifizierung zum OP-Manager uneinheitlich. Zwar konnten sich in den letzten Jahren auf Grund der gestiegenen Bedeutung und Nachfrage nach OP-Managern spezifisch ausgerichtete Fortbildungsangebote in Deutschland etablieren, doch folgen diese in Form, Inhalt und Umfang keinem einheitlichen Curriculum. Etablierte Angebote bestehen für Wochen- [1] und Wochenendkurse [2,3] bis hin zu mehrjährigen Masterstudiengängen [4].

Es unterscheiden sich somit sowohl die Ausgestaltung des OP-Managements in den Kliniken als auch die Fortbildungsangebote für OP-Manager in Breite und Tiefe der vermittelten Wissensinhalte.

Der Verband für OP-Management e.V. (VOPM) – als Interessensverband der OP-Manager in Deutschland – ist seit vielen Jahren aktiv an der Gestaltung von wirkungsvollen Tätigkeitprofilen für OP-Manager in den unterschiedlichen Krankenhaus-Strukturen beteiligt. Nun bietet der VOPM erstmals ein Zertifizierungsverfahren für OP-Manager an, das darauf abzielt, ein verbindliches Qualifizierungsniveau für bereits tätige oder angehende OP-Manager sicherzustellen – unabhängig von Art und Umfang des jeweils absolvierten Fortbildungsangebotes.

Die VOPM-Zertifizierung stellt somit ein allen OP-Managern zugängliches persönliches Qualitätssiegel dar, durch das der Zertifizierte seine Expertise hinsichtlich der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im modernen OP-Management transparent und extern validiert nachweisen kann. Das Zertifikat bietet aber auch Vorteile für den KH-Träger, dessen Geschäftsführung künftig bei der Auswahl und Besetzung von OP-Management-Positionen auf ein neutrales und fachkundiges Qualitätssicherungs-Verfahren zurückgreifen kann.

Zur Erlangung des VOPM-Zertifikates muss ein eintägiges zweistufiges Evaluationsverfahren durchlaufen werden. Im ersten Teil gilt es einen Fragenkatalog zu relevanten Themenbereichen des modernen OP-Managements schriftlich zu beantworten (siehe Abb. 1).

- OP-Koordination
  - o Zielwerte, Kennzahlen, Berichtswesen, Kapazitätsplanung, Prozessorganisation, etc.
- Personalmanagement
  - o Personalentwicklung und -führung, Konfliktmanagement, Generationenthematik, Personaleinsatzplanung, Zielvereinbarungen, etc.
- Qualitätsmanagement
  - o Projektmanagement, PDCA-Zyklus, Standards und Verfahrensanweisungen, Patientensicherheit, Hygiene, Instrumentenmanagement, etc.
- Medizincontrolling
  - o Kosten- und Erlösmanagement, Kostenträgerrechnung, Kostenanalysen, etc.

Abbildung 1: Fragenitems aus der Liste prüfungsrelevanter Themenbereiche (Auszug)

Im zweiten Teil müssen Fallbeispiele zu typischen Aufgaben- und Problemstellungen des OP-Managements im kollegialen mündlichen Gespräch mit zwei Prüfern einer bewerteten Lösung zugeführt werden.

Erreicht ein Kandidat im schriftlichen Prüfungsteil einen Anteil richtig beantworteter Fragen von > 80%, kann die mündliche Prüfung erlassen werden. Werden vom Kandidaten im schriftlichen Prüfungsteil < 50% der Fragen richtig beantwortet, kann die Zulassung zur mündlichen Prüfung untersagt werden.

Bei Nicht-Erreichen der geforderten Prüfungsleistung ist die erneute Anmeldung zu einer nachfolgenden VOPM-Zertifizierung möglich.

Die Prüfer werden vom VOPM benannt und müssen über eine herausragende Fachexpertise und langjährige Erfahrung als leitende OP-Manager verfügen.

Die Prüfung zum VOPM-zertifizierten OP-Manager findet erstmals am 27.11.2015 an der Universitätsmedizin Göttingen

statt.

Als Prüfer wurden vom VOPM Prof. Dr. Dr. H.-J. Bender, Heidelberg und Prof. Dr. Dr. M. Bauer, Göttingen, bestellt.

Die Zertifizierungsgebühr beträgt 980 € für Nichtmitglieder und 780 € für VOPM-Mitglieder.

Anmeldungen zum diesjährigen Zertifizierungsverfahren sind über die Homepage des VOPM (www.vopm.de) ab sofort möglich.

Kontakte:

Verband für OP-Management e.V.
c/o
Medizinische Hochschule Hannover
OE 2240
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 / 5326236
E-Mail: info@vopm.de
Home: www.vopm.de

Univ.-Prof. Dr. Dr. M. Bauer, MPH
Vorstand VOPM e.V.
Stellv. Direktor Klinik für Anästhesiologie
Leiter OP-Management
Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
Telefon: 0551 / 39 – 66051/50
E-Mail: martin.bauer@med.uni-goettingen.de

Literatur:
1) http://www.vopm.de/ger_akademie/
2.) http://www.diomedes.de/veranstaltungen.html
3) http://www.bda.de/fortbildung/op-manager-in.html
4) http://www.homa-kiel.de/

## Impressum

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

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

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

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

RA Marc Rumpenhorst

# Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Nachdem der Große Senat des Bundesgerichtshofs mit Beschluss vom 29.03.2012 (GSSt 2/11) festgestellt hatte, dass die Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuches für niedergelassene Vertragsärzte grundsätzlich nicht anwendbar seien, hat die Bundesregierung das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen entworfen und der Bundestag am 29.07.2015 beschlossen, um bei der strafrechtlichen Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen bestehende Lücken zu schließen.

## Hintergrund

Die bisherigen Korruptionsdelikte, Vorteilsannahme und -gewährung (§§ 331 und 333 StGB bzw. Bestechlichkeit und Bestechung (§§ 332 und 334 StGB) sind nur einschlägig, wenn auf Nehmerseite ein Amtsträger beteiligt ist. Diese „Tätereigenschaft" trifft auf Direktoren von Universitätskliniken[1] und Chefärzte von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft unabhängig von der Gesellschaftsform zu. Insofern sind Chefärzte, die bei einer Krankenhaus-GmbH beschäftigt sind, deren Gesellschaftsanteile zu 50 % in öffentlich-rechtlicher Hand sind, Amtsträger im Sinne der Straftatbestände „Vorteilsannahme" und „Bestechlichkeit". Hieraus ergibt sich im Umkehrschluss, dass Beschäftigte an privaten oder kirchlichen Krankenhäusern sich nicht wegen Vorteilsannahme oder Bestechlichkeit strafbar machen konnten, weil ihnen die Amtsträgereigenschaft fehlte.

Da sich der Amtsträger einen Vorteil „für die Dienstausübung" bzw. für eine seine Dienstpflichten verletzende Diensthandlung versprechen lassen bzw. erhalten haben müsste, sind unzulässige Zuwendungen für therapeutischen Entscheidungen, wie beispielsweise die Auswahl eines bestimmten Arzneimittels, nicht vom Straftatbestand der Vorteilsannahme/Bestechlichkeit erfasst, da therapeutische Entscheidungen nicht zur öffentlichen Verwaltung und damit nicht zur Dienstausübung im Sinne der Bestechungsdelikte gehörten.

## Zielsetzung

Der Gesetzgeber verfolgt das Ziel, dass beispielsweise Prämienzahlungen von Pharmaunternehmen an Ärzte, mit denen das Verschreibungsverhalten zugunsten eines bestimmten Präparates beeinflusst werden soll, nicht nur für Amtsträger, also Ärzte in Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft strafbar sind, sondern zukünftig auch für Ärzte in Krankenhäusern privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft und insbesondere auch für niedergelassene an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte. Auch die Zuwendung für die Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial, beispielsweise an eine Klinik oder an ein Labor, stehen im Fokus der gesetzlichen Neuregelung.

Marc Rumpenhorst

## Inhalt des Gesetzes zur Korruption im Gesundheitswesen

Mit dem Gesetz zur Korruption im Gesundheitswesen werden neue Straftatbestände der Bestechlichkeit und der Bestechung in den §§ 299 a und 299 b StGB eingeführt. Ferner greift die bisher für die Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr geltende Strafrahmenverschiebung (Erhöhung des Strafmaßes) nunmehr auch bei besonders schweren Fällen der Bestechlichkeit im Gesundheitswesen.

[1] BGHSt Urteil vom 23.05.2002 - 1 StR 372/01; BGHSt Beschluss vom 13.07.2011 - 1 StR 692/10.

§ 299 a Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

**(1)**
Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Verordnung oder Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

1. einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge oder
2. seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletze,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

**(2)**
Ebenso wird bestraft, wer als Angehöriger eines Heilberufs im Sinne des Absatzes 1 einen Vorteil dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei dem Bezug von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, die zur Abgabe der Patienten bestimmt, seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletzte.

§ 299 b StGB – Bestechung im Gesundheitswesen – stellt die spiegelbildliche Regelung des Gebers dar, der den Vorteil anbietet, verspricht oder gewährt.

## Täter

Die Vorschriften zur Bestechlichkeit im Gesundheitswesen erfassen alle Heilberufsgruppen, die für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordern, so dass lediglich Heilpraktiker und Gesundheitshandwerker ausgenommen sind. Mithin gilt die Neuregelung nunmehr für alle Ärzte und nicht nur für die verbeamteten oder in Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft angestellten Ärzte, so dass die in Kliniken in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft und in MVZ angestellten als auch sämtliche niedergelassene Ärzte in die Strafbarkeit der Korruptionsdelikte einbezogen werden.

## Tathandlung

Der Straftatbestand „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen" erfordert das Fordern, Sich-Versprechen-Lassen oder Annehmen eines Vorteils. Spiegelbildlich ist die den Tatbestand der „Bestechung im Gesundheitswesen" erfüllende Tathandlung das Anbieten, Versprechen oder Gewähren eines Vorteils.

## Vorteil

Der Tatbestand erfasst sämtliche Vorteile, sowohl materielle als auch immaterielle Zuwendungen, und auch Vorteile zugunsten eines Dritten. Nach der bisherigen Rechtsprechung zu den Bestechungsdelikten deckt der Vorteilsbegriff jede Zuwendung ab, auf die der Täter keinen Rechtsanspruch hat und die seine wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage objektiv verbessert[2]. Eine Bagatelle-Grenze hinsichtlich des in Aussicht gestellten oder gewährten Vorteils sehen auch die Neureglungen nicht vor. Allerdings fehle es geringfügigen und allgemein üblichen Werbegeschenken oder kleineren Präsenten an einer objektiven Eignung, eine konkrete heilberufliche Entscheidung zu beeinflussen, so dass bei einer sozialadäquaten Zuwendung der Tatbestand der Vorschrift nicht erfüllt sei, so die Gesetzesbegründung.

Die „Sozialadäquanz" einer Zuwendung ist selbstverständlich relativ, es gilt jedoch der Maßstab der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsbehörden und der diesbezüglichen Rechtsprechung, so dass aus anwaltlicher Erfahrung des Autors bereits bei der Annahme von Präsentkörben in einem Wert von 25,00 € Vorsicht geboten ist.

## Unlautere Bevorzugung

Strafrechtlich relevant sind nur Zuwendungen, die für eine unlautere Bevorzugung im Wettbewerb erfolgen oder einen Verstoß gegen berufsrechtliche Pflichten zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit implizieren. Ausreichend ist es, dass die Bevorzugung Gegenstand der (zumindest angestrebten) Unrechtsvereinbarung (s.u.) ist, während sie nicht tatsächlich zur erfolgen hat.

[2] BGHSt Urteil vom 11.04.2001 - 3 StR 503/00.

## Unrechtsvereinbarung

Sämtliche Korruptionstatbestände erfordern als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal eine sogenannte Unrechtsvereinbarung, die eine inhaltliche Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung verlangt. So sei das bloße Annehmen eines Vorteils nicht strafbar; vielmehr müsse der Nehmer den Vorteil als Gegenleistung für eine zumindest intendierte unlautere Bevorzugung im Wettbewerb oder für einen ebenfalls zumindest intendierten Verstoß gegen seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung seiner heilberuflichen Unabhängigkeit fordern, sich versprechen lassen oder annehmen.

## Kritik am Gesetz

Die von allen Leistungserbringern des Gesundheitswesens gewünschte klare Abgrenzung zwischen zulässiger Kooperation und unzulässiger Korruption bietet das Gesetz bedauerlicherweise nicht. Der Kritik an den bisherigen Regelungen zur Vorteilsannahme und Bestechlichkeit sowie der hierzu ergangenen Kasuistik wird nicht begegnet, sondern die bisherige Systematik dieser – für die praktische Anwendung ungenauen und damit zur Rechtsunsicherheit führenden – Straftatbestände dem Gesetz gegen die Korruption im Gesundheitswesen zugrunde gelegt. Der Gesetzgeber hat die Chance, für Klarheit zu sorgen, nicht genutzt, sondern lediglich die bisherigen Tatbestände um einen größeren Täterkreis erweitert. Damit bleiben viele Fragen, ob es sich um zulässige Kooperation oder bereits um Korruption handelt offen, die bisherigen „Grau-Bereiche“ bleiben „grau“.

Foto: © Alexander Raths/fotolia.com

So ist bereits der Begründung des Gesetzes zu entnehmen, dass die Honorierung heilberuflicher Leistungen im Rahmen einer gesundheitspolitisch gewünschten und im Interesse des Patienten liegenden beruflichen Zusammenarbeit „ohne Hinzutreten weiterer Umstände“[3] grundsätzlich nicht den Verdacht begründen kann, dass die Einräumung der zugrunde liegenden Verdienstmöglichkeiten als Gegenleistung für die Zuweisung des Patienten erfolgen soll und eine Unrechtsvereinbarung vorliege; etwas anderes gelte, wenn festgestellt werde, dass das Entgelt nicht entsprechend dem Wert der erbrachten heilberuflichen Leistung in wirtschaftlich angemessener Höhe nachvollziehbar festgelegt worden sei und es eine verdeckte „Zuweiserprämie“ enthalte. Das „Hinzutreten weiterer Umstände“, die gesetzlich nicht genannt sind, und die wirtschaftlich angemessene Höhe von Leistung und Gegenleistung entscheiden also zwischen „schwarz“ und „weiß“, so dass bis zur kasuistischen Konkretisierung der Rechtsprechung vieles „grau“ bleibt.

## Empfehlungen

Nach der gesetzlichen Neuregelung sowie der diesbezüglichen Begründung als auch der bisherigen Rechtsprechung ist bei der Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie sowie bei Kooperationen mit anderen Leistungserbringern grundsätzlich Vorsicht geboten.

Zu den in der Gesetzesbegründung genannten „Vorteilen“ gehören Einladungen zu Kongressen, Kostenübernahme von Fortbildungsveranstaltung, vergütete Anwendungsbeobachtungen sowie die Verschaffung von Verdienstmöglichkeiten, die beispielsweise in dem Abschluss eines Vertrages liegen können, der Leistungen an den Arzt vorsieht, selbst wenn diese nur das angemessene Entgelt für die von ihm selbst aufgrund des Vertrages geschuldeten Leistungen sind. Zwar muss dem „Vorteil“ noch eine Gegenleistung des Arztes im Sinne einer unlauteren Bevorzugung im Wettbewerb oder eines Verstoßes gegen seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung seiner ärztlichen Unabhängigkeit hinzutreten, die jedoch bei fortwährender „Kontaktpflege“ zwischen Pharmavertreter und Arzt in der Praxis sehr schnell angenommen wird.

[3] Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Gesetze/RegE_Korruption_Gesundheitswesen.pdf;jsessionid=A486B18728707F4EABD21ED9E1EB7C26.1_cid289?__blob=publicationFile.

Vergütungen und Entschädigungen zugunsten des Arztes sind nach ihrer Art und Höhe deshalb so zu bemessen, so der Gesetzgeber, dass kein Anreiz für eine bevorzugte Beschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entstehe. „Straflosigkeit besteht freilich nicht, wenn die Anwendungsbeobachtung Bestandteil einer Unrechtsvereinbarung ist und die vorgesehene Vergütung den teilnehmenden Arzt nicht für seinen zusätzlichen Aufwand entschädigt, sondern ihm tatsächlich als Bestechungsgeld für die bevorzugte Verordnung bestimmter Präparate und damit für eine unlautere Bevorzugung des Vorteilsgebers gewährt wird. Anhaltspunkte für eine strafbare Unrechtsvereinbarung können sich insbesondere daraus ergeben, dass der Entschädigung keine erkennbare ärztliche Gegenleistung gegenübersteht oder die Entschädigung den geleisteten Aufwand deutlich übersteigt.“[4]

Um Verdächtigungen vorzubeugen empfiehlt sich zunächst, vor die Annahme von etwaigen Vorteilen im weitesten Sinne Transparenz durch Anzeige gegenüber bzw. Einbeziehung des Krankenhausträger(s) herzustellen. Ferner ist zu beachten, dass das Äquivalenzverhältnis gewahrt wird, also Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis stehen. Vorsicht ist insbesondere dann geboten, wenn die Zuwendungen seitens eines Unternehmens erfolgen, auf deren Bestellung und Verordnung der Arzt (tatsächlich und rechtlich) Einfluss nehmen kann.

Einer besonders kritischen Prüfung im Einzelfall bedürfen Zuwendungen für Vortragstätigkeiten nebst Erstattung der Reisekosten, Zuwendungen in Form der Übernahme von Bewirtungskosten, in Form von Präsenten und auch von Geräten und Einrichtungen, die zur kostenlosen Nutzung überlassen werden.

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

[4] Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Gesetze/RegE_Korruption_Gesundheitswesen.pdf;jsessionid=A486B18728707F4EABD21ED9E1EB7C26.1_cid289?__blob=publicationFile.

RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

# Zum „Standardschreiben“ der Versicherung zur Stellvertretung bei wahlärztlichen Leistungen

Urlaubszeit ist Stellvertreterzeit. Was Sie bei Abrechnung der nach Vereinbarung mit dem Patienten durch den Stellvertreter erbrachten wahlärztlichen Leistung erwartet, und wie Sie darauf antworten, lesen Sie hier anlässlich eines aktuellen „Muster“-Schreibens einer „größeren“ privaten Krankenversicherung:

**Versicherung:**
**Grundlage für die Abrechnung privatärztlicher Honorare ist primär die persönliche Leistungspflicht des liquidationsberechtigten Wahlarztes. Hierfür bezahlt der Patient auch eine gesonderte Vergütung.**

**Arzt und Krankenhaus:**

**Versicherung:**
**Zwar können die ärztlichen Leistungen in einem eingeschränkten Umfang an Ärzte des nachgeordneten Dienstes delegiert werden.**

**Arzt und Krankenhaus:**
Richtig ist, dass der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung Ausnahmen zulässt, nämlich die Delegation einerseits und die Stellvertretung andererseits.

Delegation und Stellvertretung unterscheiden sich aber dadurch, dass die delegierte Leistung eine Leistung des Wahlarztes selbst bleibt, während die Leistung des Stellvertreters dessen Leistung ist allerdings unter vereinbarter Aufrechterhaltung der Liquidationsbefugnis des Wahlarztes. Delegation einerseits und Stellvertretung andererseits sind strikt zu unterscheiden und haben dementsprechend verschiedene Anwendungsbereiche und auch unterschiedliche Voraussetzungen, zu denen im Einzelnen be-

reits mehrmals, zuletzt in ***Arzt und Krankenhaus***, Heft 04/2014 *„Aus gegebenen Anlass wahlärztliche Leistungen/Stellvertretung/Delegation"* ausgeführt worden ist.

Da es sich in dem vorliegenden Fall um die Leistungserbringung durch einen Stellvertreter nach entsprechender Vereinbarung mit dem Patienten in Ergänzung der Wahlleistungsvereinbarung gehandelt hat, liegen die Hinweise zur Delegation offensichtlich neben der Sache.

**Versicherung:**

Die Vertretung, zumindest der sogenannten „Kernleistungen" (also z.B. Operation oder Anästhesie) kann sich nur auf die Fälle der unvorhersehbaren Abwesenheit des liquidationsberechtigten Wahlarztes erstrekken, beispielsweise bei eigener kurzfristiger Erkrankung oder Herbeiziehen zu einem anderweitigen Notfall.

**Arzt und Krankenhaus:**

Hier werden Delegation und Vertretung vermischt.

Zunächst ist – rein sprachlich – festzuhalten, dass nicht die „Kernleistungen" vertreten werden, sondern der Wahlarzt vertreten wird. Bei exakter Formulierung, nämlich der Vertretung des Wahlarztes, wird dann auch ohne weiteres deutlich, dass bei der Vertretung eine Differenzierung nach Kernleistungen einerseits und – delegierbaren – Nebenleistungen andererseits gar nicht möglich ist. Kernleistungen können zwar nicht delegiert, gleichwohl vom Vertreter erbracht werden. „Vertretung" und „Kernleistungen" passen also als Begriffspaar nicht zueinander, sondern sind zwingend zu trennen.

Die Beschränkung der „sogenannten Kernleistungen" nur auf Fälle der „unvorhersehbaren Abwesenheit des Wahlarztes" ist deshalb ebenfalls verwirrend und falsch.

Die Frage der *vorhersehbaren* oder *unvorhersehbaren* Verhinderung des Wahlarztes ist immer der Vertretung zuzuordnen, während bei der Delegation die Anwesenheit bzw. Erreichbarkeit des Wahlarztes gegeben sein muss.

Die Differenzierung zwischen unvorhersehbarer und vorhersehbarer Abwesenheit des Wahlarztes ist von Bedeutung für die sogenannte „Stellvertreterklausel" in der Wahlarztvereinbarung. Denn im Rahmen der formularmäßigen Wahlleistungsvereinbarung ist die Stellvertretung auf Fälle der *unvorhersehbaren Verhinderung* des Wahlarztes zu beschränken. Fälle der *vorhersehbaren Verhinderung* des Wahlarztes können nicht in zulässiger Weise in der Wahlleistungsvereinbarung geregelt werden, sondern bedürfen einer individuellen Stellvertretervereinbarung mit dem Patienten, wie sie als Muster in ***Arzt Krankenhaus***, Heft 04/2008, veröffentlicht worden ist; sind dann aber problemlos zulässig.

**Versicherung:**

Für alle anderen Fälle, wie z.B. Urlaub des liquidationsberechtigten Wahlarztes, greift die Vertreterregelung nicht. Es kann in diesem Fall keine privatärztliche Rechnung erstellt werden.

**Arzt und Krankenhaus:**

Eine fast unglaubliche aber tatsächlich schwarz auf weiß vorliegende Aussage!

Zwar kann die vorhersehbare Verhinderung des Wahlarztes nicht in der Stellvertreterklausel der Wahlarztvereinbarung pauschal geregelt werden. Diese ist auf Fälle der *unvorhersehbaren Verhinderung* des Wahlarztes zu beschränken, im Übrigen wäre sie unwirksam und würde auch nicht durch eine zusätzlich geschlossene individuelle Stellvertretervereinbarung geheilt mit der Folge, dass selbst die nach vereinbarter Stellvertretung erbrachten Leistungen nicht abgerechnet werden könnten. Bei Beschränkung der Stellvertreterklausel in der Wahlleistungsvereinbarung auf Fälle *unvorhersehbarer Verhinderung* des Wahlarztes kann jedoch darüber hinaus selbstverständlich eine individuelle Stellvertretervereinbarung für die *vorhersehbare Verhinderung* des Wahlarztes zulässigerweise im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs[1] vereinbart werden. Der Abschluss einer Stellvertretervereinbarung, wie sie als Muster in Arzt Krankenhaus, Heft 04/2008, veröffentlicht worden ist, hält die Liquidationsberechtigung des vertretenen Wahlarztes aufrecht und ermöglicht die Abrechnung der im Einverständnis mit dem Patienten durch den Wahlarzt erbrachten Leistungen. Insofern empfiehlt sich, im Falle der Stellvertretung der die Operationsberichte, Narkoseprotokolle etc. anfordernden Versicherung die Stellvertretervereinbarung beizufügen. Auch im Urlaub etc. ist bei einer individuellen Stellvertretervereinbarung weiterhin eine privatärztliche Regelung möglich und zulässig. Wer folglich jetzt nach der Abrechnung von „Urlaubsleistungen" seines individuellen Vertreters obiges Schreiben erhält, weiß wie er zu antworten hat.

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

[1] BGH Urteil vom 20.12.2007 - 3 ZR 144/07; vgl. ***Arzt und Krankenhaus*** Heft 3 und 4 /2008

# 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

# 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

# Einladung

## Delegiertenversammlung des VLK

**06.08.2015**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur diesjährigen Delegiertenversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. laden wir Sie heute für

**Freitag, den 18. September 2015, 13.00 Uhr - 17.00 Uhr**

in das

**Hilton Hotel Berlin „Salon Durieux“**
**Mohrenstraße 30, 10117 Berlin**

ein.

Der Delegiertenversammlung vorgeschaltet ist ein kleiner Imbiss im Foyer „Durieux“, der ab 12.00 Uhr beginnt.

Im Tagungshotel wurde für die Mitglieder des Präsidiums und der Konferenz der Landesvorsitzenden ein Kontingent von 2 Übernachtungen (vom 17. auf den 18. und vom 18. auf den 19.09.2015) und für die Delegierten ein Kontingent für eine Übernachtung (vom 18. auf den 19.09.2015) reserviert. Damit wird es den Mitgliedern der Delegiertenversammlung ermöglicht, auch am 19.09.2015 am 4. VLK-Bundeskongress in Berlin teilzunehmen.

Falls Sie eine entsprechende Zimmerreservierung wünschen, bitten wir Sie, dies der Geschäftsstelle auf dem beigefügten Antwortformular bis zum 19.08.2015 mitzuteilen.

Sofern sie Ihre Anreise nach Berlin per Flugzeug planen, bitten wir Sie, der Geschäftsstelle Ihre gewünschten Reisedaten zuzuleiten, damit die Buchung zentral über die Geschäftsstelle vorgenommen werden kann

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise nach Berlin und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. H.-F. Weiser
Präsident

Dipl.-Volksw. G. Norden
Hauptgeschäftsführer

# Tagesordnung

## Delegiertenversammlung des VLK am 18.09.2015

1. Genehmigung der Ergebnisniederschrift über die Delegiertenversammlung vom 26. September 2014 in Berlin
   - Vergleiche Schreiben VLK vom 02.10.2014 -

2. Bericht des Vorsitzenden

3. Berichte der Landesvorsitzenden

4. Rechnungslegung
   4.1 Geschäftsbericht 2014
   – Vorlage –
   4.2 Genehmigung des Jahresabschlusses 2014 und Entlastung des Schatzmeisters
   4.3 Genehmigung des Haushaltsplan-Entwurfs 2016
   – Vorlage –
   4.4 Festsetzung der Mitgliedbeiträge für das Jahr 2016
   4.5 Bestellung des Wirtschaftsprüfers für das Jahr 2015

5. Entlastung des Präsidiums und der Geschäftsführung

6. Verschiedenes

7. Tag, Zeit und Ort der nächsten Delegiertenversammlung

# Einladung

**14.08.2015**

## Mitgliederversammlung des Landesverbandes Brandenburg im VLK

Sehr geehrte Damen und Herren,

in unserem Rundschreiben vom 18.06.2015 haben wir Sie auf Anregung der in der Mitgliederversammlung des Landesverbandes vom 06.06.2015 anwesenden – wenigen – Mitglieder um Ihre Zustimmung oder Nicht-Zustimmung zu der im Rahmen der Reaktivierung des Landesverbandes angedachten Assoziation mit dem Landesverband Berlin gebeten.

Die Beteiligung an dieser Abstimmung war erfreulich hoch: 48 Mitglieder des Landesverbandes Brandenburg haben geantwortet. 46 Mitglieder davon haben einer Assoziation des Landesverbandes Brandenburg mit dem Landesverband Berlin zugestimmt. Zwei Mitglieder haben nicht zugestimmt.

Auf der Basis dieses quantitativ erfreulichen und in der Sache eindeutigen Votums der Mitglieder des Landesverbandes Brandenburg kann nun mit der Umsetzung des angedachten Kooperationsverbundes begonnen werden. Hierzu laden wir Sie heute –wie bereits im Rundschreiben vom 18.06.2015 angekündigt – zu einer Mitgliederversammlung des Landesverbandes für

**Mittwoch, den 23. September 2015, 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr**

in das

**Resort Schwielowsee**
**Am Schwielowsee 177, 14542 Werder**

ein.

Folgende Tagesordnung ist vorgesehen:

1. Begrüßung durch den kommissarischen Vorsitzenden des Landesverbandes
2. Wahl des Vorsitzenden des Landesverbandes
3. Wahl des stellv. Vorsitzenden des Landesverbandes
4. Wahl eines Delegierten des Landesverbandes
5. Konstituierung eines „Kooperations-Beirates“
6. Aufstellung eines Arbeitsprogramms für den Kooperations-Beirat
7. Verschiedenes

Wir wären Ihnen dankbar, wir Sie recht zahlreich zur Mitgliederversammlung des Landesverbandes Brandenburg am 23.09.2015 im Resort Schwielowsee begrüßen dürften und bitten Sie, auf dem beigefügten Fax-Antwortbogen anzuzeigen, ob wir mit Ihrer Teilnahme an der Mitgliederversammlung rechnen dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. H.-F. Weiser
Präsident

Dipl.-Volksw. G. Norden
Hauptgeschäftsführer

# Das stand auf der Agenda Juni / Juli 2015

**03.06.2015, Berlin**
- Sitzung des G-BA, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

**05.06.2015, Düsseldorf**
- Arbeitsgruppe „Vorbereitung 38. Deutscher Krankenhaustag“, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

**06.06.2015, Werder**
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Brandenburg,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Axel Reinhardt, Gerd Norden

**08.06.2015, Berlin**
- Fachausschuss „Krankenhausfinanzierung“ der DKG, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

**11.06.2015, Düsseldorf**
- Verwaltungsbeirat „Haus der Ärzteschaft“, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

**24.06.2015, Berlin**
- Fachausschuss „Medizin“ der DKG, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Bernd Klinge

**06.07.2015, Düsseldorf**
- Gespräch mit Vertretern der apo-Bank über Integration VLK-Seminare,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

**08.07.2015, München**
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bayern,
  VLK-Teilnehmer: u. a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

**10.07.2015, Düsseldorf**
- Arbeitsgruppe „Vorbereitung 38. Deutscher Krankenhaustag“, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

**13.07.2015, Berlin**
- Teilnahme am Workshop chinesischer Ärzte und Gesundheitspolitiker,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

**22. - 24.07.2015, Dachau**
- 92. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V.,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

**23.07.2015, Frankfurt**
- Empfang des VLK für chinesische Delegation, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

**30.07.2015, Düsseldorf**
- Vorbereitungsgespräch über Parlamentarischen Dialogabend mit VKD und Deutscher Pflegerat,
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

plakate folder
kataloge prospekte außenwerbung
logos anzeigen rollup displays
geschäftsdrucksachen broschüren

creativ-studio
arenz gmbh
heinrich-schelper-straße 2
27356 rotenburg (wümme)
telefon 04261 41417-50
telefax 04261 41417-17
www.creativ-studio-arenz.de

Foto: © Rachael Arnott/fotolia.com

## Ihr Unternehmen im Internet

zum Beispiel **Base One**

- Beratung inkl. Bedarfsanalyse
- Designvorschlag
- Installation und Einrichtung des CMS-Systems Joomla (damit Sie Ihre Internetseiten stets selbst aktuell halten können)
- Erstellung von bis zu sechs Internetseiten
- Einweisung in das System

**Rufen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne!**

Auf Wunsch registrieren wir Ihre Wunschdomain und stellen den Speicherplatz für Ihren neuen Internetauftritt zur Verfügung.

@ Rundschau Onlinedienst

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