ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

1

89. Jahrgang

Januar/Februar 2016

VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © LetV-Verlag

Grünes Licht für GOÄ-Novelle

- Wie frei ist der Krankenhausarzt in seiner medizinischen Entscheidung?
- Zielvereinbarungen unter der Lupe

Auf jeden Fall war's teuer...

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

Zum außerordentlichen Ärztetag, den wir Ende Januar über uns ergehen lassen mussten, fällt mir vor allem eins ein: Außer Spesen nichts gewesen.

Nur um dem finanziellen Aufwand mal eine Dimension zu geben: Mit einem gut sechsstelligen Betrag war die Bundesärztekammer (und damit wir) bei der Ausrichtung des außerordentlichen Ärztetages dabei, um über die neue Gebührenordnung (GOÄ) zu diskutieren. Wenn's was genutzt hätte, soll's mir recht sein. Aber das Gegenteil ist der Fall: Wie ein Scheinwerfer hat dieser außerordentliche Ärztetag das Licht auf die Ärzteschaft gerichtet und bei Politik und Öffentlichkeit eigentlich nur eine Reaktion ausgelöst: „Die Ärzte liegen mit sich selbst im Clinch, weil sie (wieder mal) den Hals nicht voll genug bekommen können!"

Um es ganz deutlich zu sagen: Ob dieser Gedanke richtig ist oder nicht, ist vollkommen egal. Entscheidend ist, dass diese Botschaft offensichtlich bei der außenstehenden Öffentlichkeit ankommt – und da liegt das ganze Dilemma. Wir haben nämlich, weiß Gott, genug Probleme, die es mit Politik und Öffentlichkeit zu besprechen gälte, aber damit finden wir um so schwerer Gehör, je mehr uns unterstellt wird, wir hätten nur eins im Sinn: den schnöden Mammon (und der wird nun mal mit der GOÄ zuallererst in Verbindung gebracht).

Konzentrierte, zum Teil vertrauliche und zielführende Gespräche über Arbeitsverdichtung, Vertragsknebel, DRG-Maloche und Nachwuchssorgen werden jedoch deutlich belastet, wenn den jeweiligen Gesprächspartnern zunächst wortreich erklärt werden muss, dass der Eindruck einer vor allem honorargetriebenen Ärzteschaft keineswegs den Tatsachen entspricht. Übrigens will ich das auch den aktuellen GOÄ-Kritikern gar nicht unterstellen – es sieht halt nur nach außen so aus. Das ist das Problem.

Eines wenigstens hat der Sonder-Ärztetag gebracht: Wir können jetzt auf dem eingeschlagenen Weg weiter vorangehen, denn der Kollege Windhorst und die Bundesärztekammer insgesamt interpretieren die letztlich doch einhellige Zustimmung zum jetzigen Vorgehen und zu aktuellen Stand der Dinge zu Recht als Zeichen der deutlichen Unterstützung. Auch nach meiner Einschätzung haben die Beschlüsse des Ärztetages dem latent nörgelnden Grundrauschen den Strom abgedreht, so dass wir jetzt hoffentlich ohne weiteres Störfeuer in die Zielgrade einbiegen können und sollten.

Denn die Befürchtung, dass mit der jetzt geplanten GOÄ Fehlansätze für alle Zeiten in Stein gemeißelt und festgeschrieben sind, teile ich nicht. Auch Politik – das zeigt der Blick auf die letzten Jahre – ist klüger geworden und erkennt, dass gesellschaftliche Notwendigkeiten kontinuierliche gesetzgeberische Anpassungen nach sich ziehen müssen. Der letzte Politiker, der in der Gesundheits- und Sozialpolitik eine „Jahrhundertreform" versprochen hatte, war Norbert Blüm. Und er hat's bitter bereut. Moderne Gesetzgebung aber ist „lernend". Und deswegen wird gerade der VLK als unabhängige Interessenvertretung wachsam und kritisch begleiten, ob beispielsweise die umstrittene „GeKo" wirklich die Eigenständigkeit des Freien Berufes gefährdet, und ob sich bei der neuen GOÄ Unwuchten zeigen, die rasch geändert und abgestellt gehören.

Zunächst aber brauchen wir diese neue GOÄ, denn alles, was jetzt kommt, ist besser, als das bisherige Herumwursteln mit Hebesätzen und Hilfsziffern. Das zumindest hat nun auch der Sonder-Ärztetag bestätigt und auf dieser sicheren Grundlage sollten wir ab sofort nach vorne blicken. Denn – und auch das ist klar – bis Ende das Jahres muss die Sache unter Dach und Fach.

Herzlich grüßt Sie – mit angemessen kritischem Optimismus

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

2 **Auf jeden Fall war's teuer...**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

5 **Außerordentlicher Deutscher Ärztetag am 23.01.2016**
Gerd Norden

10 **Die Selbstverwaltung bei der neuen GOÄ oder das Ende der Freiberuflichkeit des Arztberufes**
Dr. Hans-Friedrich Spies

12 **Gefährdung der privatärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus**
Prof. Dr. Hans Martin Hoffmeister

Berufs- und Gesundheitspolitik

14 **Wie frei ist der Krankenhausarzt in seiner medizinischen Entscheidung?**
PD. Dr. Michael A. Weber

18 **Akutstrategie Krisenkommunikation**
Prof. Dr. Norbert Pfeiffer

23 **Auf dem Pulverfass – Risiko und Risikominimierung für Geschäftsführer**
Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer

31 **Zielvereinbarungen unter der Lupe**
Gerd Norden

Recht

36 **Rechtsrat kurz und bündig**
RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

Rubriken

VLK intern

39 - Der VLK trauert

41 - Gründung einer Krankenhauskonferenz im Landesverband Sachsen-Anhalt
Dr. Bernd Klinge

42 - 25 Jahre VLK-Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen
Dr. Frank Lange

43 - Jahresversammlung des Verbandes der Mitteldeutschen Krankenhausärzte
Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Dr. Frank Lange

45 - Seminare der Apo-Bank in Kooperation mit VLK

46 - Einladungen zu VLK-Mitgliederversammlungen

52 - VLK-Zukunftspreis 2016

4 **Personen und Hintergründe**

53 **Agenda**

42 **Impressum**

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag gibt „grünes Licht"

Die Delegierten des außerordentlichen Deutschen Ärztetages vom 23.01.2016 haben mit großer Mehrheit den Leitantrag des Bundesärztekammer-Vorstandes angenommen. Damit haben sie den Verhandlungsführern der BÄK grünes Licht für die Fortführung der Verhandlungen zur Novellierung der GOÄ gegeben.

Foto: ©Lehr-Verlag

5

Freiberuflichkeit des Arztberufs wird durch die GOÄ-Novelle gefährdet

Die in der GOÄ-Novelle vorgesehene Gemeinsame Kommission fasst Beschlüsse, die für die Rechnungsstellung des Arztes verbindlich sind. Damit – so schlussfolgert der Autor dieses Artikels – wird die Axt an die Freiberuflichkeit des Arztes gelegt.

Foto: © fovito/fotolia.com

10

Ärztliche Unabhängigkeit versus Wirtschaftlichkeitsgebot

Krankenhausgeschäftsführung und Ärzte sind beide humanitären Grundwerten verpflichtet. Sie müssen sich deshalb auf gemeinsame Ziele verständigen. Die Zeiten einsamer Entscheidungen sind vorbei.

14

Der richtige Umgang mit Krisen

Am Beispiel der Krise in der Universitätsmedizin Mainz im Jahr 2010 erläutert der Autor die wesentlichen Prinzipien einer erfolgreichen und nachhaltigen Krisenbewältigung.

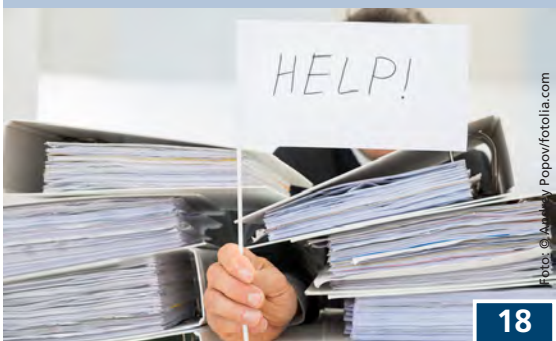


Foto: © Andrey Popov/fotolia.com

18

Bundesärztekammer hat neuen Hauptgeschäftsführer

Tobias Nowoczyn ist neuer Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Der 48-jährige wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer auf diese Position berufen.

Nowoczyn bringt in seine neue Tätigkeit langjährige Managementerfahrung in verschiedenen Feldern der Sozial- und Wohlfahrtsarbeit sowie der Gesundheitswirtschaft mit ein. Zuletzt leitete er acht Jahre den Bereich Wohlfahrtspflege im Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes und war damit verantwortlich für den Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Der Politikwissenschaftler verfügt über umfangreiche Kenntnisse in der Gestaltung föderaler Organisationen und in der Arbeit mit Ehrenamtlichen. Durch seine Tätigkeit im Vorstand der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege sind ihm auch die Strukturen von Organisationen der Selbstverwaltung bestens vertraut.

Foto: Deutsches Ärzteblatt

Tobias Nowoczyn

5,2 Mio. Beschäftigte im Gesundheitswesen

Zum 31. Dezember 2014 waren rund 5,2 Mio. Menschen in Deutschland im Gesundheitswesen tätig. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, waren das rund 102.000 oder 2% mehr als Ende 2013.

Der positive Beschäftigungstrend der letzten 5 Jahre setzt sich damit auch 2014 weiter fort. Zwischen 2009 und 2014 wuchs die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um insgesamt 476.000 Personen oder 10%.

Peter Schaar ist Vorsitzender der Schlichtungsstelle bei der gematik

Die Gesellschafter der gematik haben den früheren Bundesdatenschutzbeauftragten Peter Schaar zum 1. Januar 2016 als Vorsitzenden der Schlichtungsstelle berufen. Als unparteiischer Vorsitzender der Schlichtungsstelle wird Peter Schaar die Entscheidungen über Regelungen, Aufbau und Betrieb der Telematikinfrastruktur mit voranbringen. Seine Berufung geht einher mit einer Stärkung der Schlichtungsstelle, die das im vergangenen Dezember verabschiedete E-Health-Gesetz durch die Ausdehnung des Schlichtungsverfahrens auch auf den Wirkbetrieb vorsieht.

Peter Schaar war von 2003 bis Ende 2013 Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und ist heute Vorsitzender der Europäischen Akademie für Informationsfreiheit und Datenschutz.

Foto: gematik

Peter Schaar

Organspenden im Jahr 2015 stabil geblieben

Im Jahr 2015 ist die Zahl der Organspender bundesweit um 1,5% von 864 im Vorjahr auf 877 leicht angestiegen. Insgesamt kamen in Deutschland 10,8 Spender auf 1 Mio. Einwohner (2014: 10,7). Damit zeigt sich die Zahl der Organspender in diesem Jahr erstmals wieder stabil, nachdem sie in den Vorjahren zum Teil stark rückläufig war.

Die Anzahl der in Deutschland gespendeten Organe lag im Jahr 2015 einer DSO-Pressemeldung zufolge mit 2900 Organen etwas niedriger als im Vorjahr (2014: 2989).

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag 23.01.2016

Die Landesärztekammern Baden-Württemberg, Brandenburg und Berlin hatten die Einberufung eines Außerordentlichen Deutschen Ärztetages beantragt. Die Bundesärztekammer hat diesen für den 23. Januar 2016 nach Berlin einberufen. Hintergrund war offensichtlich die Sorge, dass im Zuge der bisherigen Verhandlungen der Bundesärztekammer mit dem PKV-Verband und den Beihilfeorganisationen grundlegende ärztliche Positionen nicht genügend berücksichtigt wurden.

Am Ende nahmen die Delegierten des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages den Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer mit großer Mehrheit an. Gleichzeitig überwiesen sie Anträge, deren Umsetzung eine Unterbrechung der laufenden Verhandlungen mit PKV und Beihilfe für eine neue GOÄ zur Folge gehabt hätten, an den zuständigen Ausschuss der Bundesärztekammer.

Nachfolgend werden die wesentlichen Ausführungen des Präsidenten der Bundesärztekammer **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery**, des GOÄ-Beauftragten der Bundesärztekammer und Verwaltungsdirektor der KBV, **Dr. Bernhard Rochell** sowie des Vizepräsidenten der Landesärztekammer Berlin, **Dr. Elmar Wille** in Schlagzeilen wiedergegeben.

Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery

Historie und aktueller Sachstand der GOÄ-Novellierung[1]

- Alte GOÄ seit 1988 nicht mehr substanziell angepasst
- 2000 - 2002 Entwicklung des „Vorschlagsmodells“: Mit Ulla Schmidt nicht zu machen…
- 2008 beginnt BÄK mit der Erarbeitung einer eigenen GOÄ auf der Basis einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation nach dem Schweizer Tarmed
- 2010 PKV-Verband legt auf der Basis des EBM einen Gegenentwurf zur Novelle der BÄK vor
- BMG Rösler: Habe zwei Entwürfe zur Auswahl, einigt Euch!
- BMG Bahr und Gröhe bestätigen im Verlauf Bereitschaft zur Umsetzung, wenn gemeinsamer Vorschlag gelingt
- 2011 Erfolgreiche Verhandlungen zwischen BÄK und PKV-Verband zur Erarbeitung einer gemeinsamen Novelle

Foto: © axentis

- 2012 Verhandlungsaufnahme auf der Basis des BÄK-Modells
- Ziele:
  - Fairer und angemessener Interessenausgleich
  - Angemessene Vergütung
  - Keine ökonomische Überforderung der Patienten
  - Erhalt Analogbewertungen
  - Erhalt Steigerungsfaktoren
- Rahmenvereinbarung 2013

Entschließung I-08 des 117. Deutschen Ärztetages 2014: Mit der Einigung auf diese Rahmenvereinbarung haben BÄK und

PKV die Voraussetzungen zur Novellierung der GOÄ erfüllt.

- Seit März 2015 beim BMG Verhandlungen zwischen PKV, Beilhilfe und BÄK (anwesend auf Wunsch des BMG auch BZÄK und BPtK)
- Klima der Vertraulichkeit in extrem dichten Verhandlungen
- „Verschwiegenheitsgelübde" gegenüber BMG
- Vorstand September 2015: Einstimmige Zustimmung (bei einer Enthaltung)
- Ja, wir hätten mehr informieren müssen…

  … auch der Wunsch nach mehr Transparenz rechtfertigt nicht das Aufstellen falscher Behauptungen
- **Behauptung:** Die Gebührenordnung sei ausschließlich Sache des freien Berufes, der die Aufnahme neuer Leistungen und den Korridor der Honorierungen frei bestimmen kann.
  Richtig ist: Der Gesetzgeber hat sich die Gebührenhoheit vorbehalten.
- **Behauptung:** Es gäbe die Möglichkeit des Gebührendumpings oder einer Öffnungsklausel
  Richtig ist: § 11 BÄO legt nicht unterschreitbare Gebührensätze fest
- **Behauptung:** Es gäbe keine Steigerungsmöglichkeit
  Richtig ist: Es kann bis auf das Zweifache gesteigert werden. Allerdings: Wegen des Einschlusses der bisherigen Steigerungen im robusten Einfachsatz ist die Steigerungsmöglichkeit begrenzt
- **Behauptung:** Es gäbe keine Möglichkeit der abweichenden Honorarvereinbarung
  Richtig ist: Abweichende Honorarvereinbarungen sind weiterhin möglich
- Behauptung: Die BÄK sei nicht demokratisch legitimiert, über das Modell einer Gemeinsamen Kommission zu verhandeln
  Richtig ist: Mehrere Ärztetage haben der BÄK den Auftrag gegeben, über eine Kommission zur kontinuierlichen Fortentwicklung der GOÄ zu verhandeln
- **Behauptung:** Die Gemeinsame Kommission von BÄK und PKV sei eine verkappte Selbstverwaltungslösung mit Budgetierung; Analogziffern seien abgeschafft; keine Fortentwicklung der GOÄ
  Richtig ist: Es gibt keine Budgetierung, es gibt weiterhin Analogziffern und es ist ausdrückliche die Aufgabe der Gemeinsamen Kommission, die GOÄ fortzuentwickeln. In der Gemeinsamen Kommission ist die Position der Ärzteschaft gestärkt, da Anpassung der GOÄ schnell und sachgerecht durch Vorschlag an das BMG geschehen kann.
- **Fazit:** Es gibt keine Öffnungsklausel und keine Budgetierung.

  Es gibt den robusten Einfachsatz, es gibt die Steigerung auf das bis zu 2fache, es gibt abweichende Vereinbarungen, es gibt Analogziffern, eine schnelle Anpassung ist möglich.

Dr. Bernhard Rochell

Sachstand der Verhandlungen zur Novellierung der GOÄ in Schlagworten[2]

Zielvorgaben des Deutschen Ärztetages für die Novellierung der GOÄ

- Dringender Appell an die Bundesregierung, den Bundestag, an die Länder und den Bundesrat sowie an die PKV und die Beihilfeträger, die längst überfällige Novellierung der GOÄ entsprechend gesetzlich respektive auf dem Verordnungswege schnellstmöglich umzusetzen bzw. zu unterstützen.
- Weiterentwicklung des Zentralen Konsultationsausschusses zu einer Empfehlungslösung durch die Gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ
- Ablehnung eines wissenschaftlichen Instituts zur Weiterentwicklung der GOÄ
- Forderung nach mehr Transparenz bei der GOÄ-Novellierung
- GOÄ soll sektorenübergreifende

[1] Quelle: Vortragsmanuskript von Prof. Montgomery vom 23.01.2016
[2] Quelle: Vortragsmanuskript Dr. Rochell vom 23.01.2016

Referenzgebührenordnung bzw. medizinische Leitwährung als stabile Grundlage für den Qualitätswettbewerb sein.

- Umsetzung des Novellierungsprozesses auf Grundlage des BÄK-Entwurfs der neuen GOÄ (Kontinuierliche) Einarbeitung des medizinischen Fortschritts in die GOÄ
- Zukünftig regelmäßige und zeitnahe Anpassung der GOÄ in ihrer Bewertung
- Berücksichtigung des Inflationsausgleichs
- Erhöhung des GOÄ-Punktwertes entsprechend des Inflationsausgleichs als Ersatzmaßnahme bis zur GOÄ-Novellierung
- Erhalt der Doppelschutzfunktion für Patienten (Schutz vor finanzieller Überforderung) und Ärzte (angemessene Vergütung)
- Beibehaltung des Instrumentes der Analogberechnung zur weiterhin verzögerungsfreien Erbringung innovativer Leistungen
- Beibehaltung des Steigerungsfaktors zur Darstellung und Berechnung von besonderen Aufwandssteigerungen im Individualfall
- Erhalt der Wahlarztkette
- Keine Erhöhung der Abschläge bei stationärer Behandlung
- Eine Angleichung an die EBM-Systematik ist unter allen Umständen zu vermeiden
- GOÄ soll rein ärztliche Gebührenordnung bleiben
- Strikte Ablehnung der Öffnungsklausel mit der Option eines systematischen Preisdumpings
- Angemessene Vergütung der Leichenschau/Einführung einer eigenständigen Vergütung für die Obduktion

Foto: © axentis

Fazit zum Erfüllungsstand der Beschlüsse der Deutschen Ärztetage zur GOÄ-Novelle

- Mit dem erreichten Verhandlungsstand liegt die BÄK mit Ausnahme der Steigerung, welche zwar erhalten werden konnte, jedoch im Kompromiss mit der PKV und Beihilfe streng reglementiert wurde, voll auf der Linie der Entschließungen/Beschlüsse der vorhergehenden Deutschen Ärztetage und erfüllt diese bzw. wird deren Ziele erreichen können
- Vorbehalt: Das BMG, die Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat setzen den zwischen der BÄK, dem PKV-Verband und der Beihilfe erreichten Kompromiss auch so um!
- Der von der BÄK 2013 unternommene „Alleingang" zur Erhöhung des GOÄ-Punktwertes wurde nicht aufgegriffen, ein erneuter Versuch unter Aufgabe des erreichten Standards scheint nicht erfolgversprechend
- Die alte GOÄ bedeutet kurzfristig zwar Ruhe und Kontinuität, wird aber nicht jünger und rechtssicherer und das Risiko einer Abschaffung der aktuellen GOÄ bzw. deren Vereinheitlichung mit dem EBM steigt (vergleiche Forderung der SPD-Fraktion)
- Deshalb bedarf es eines deutlichen Votums für die Weiterverfolgung der GOÄ-Novelle (Leitantrag des Vorstandes) durch den Außerordentlichen Deutscher Ärztetag.

Dr. Elmar Wille

Einschätzung zum aktuellen Stand der Verhandlungen in Schlagworten[3)]

- Zentraler Konsultationsausschuss und Gemeinsame Kommission (GeKo) unterscheiden sich fundamental
  - in der Rechtsgrundlage
  - in der Besetzung
  - in der Entscheidungsfindung
  - in der Qualität der Entscheidung
  - im Verfahren bei fehlendem Einvernehmen
  - in den Rechtsfolgen

- Gemeinsame Kommission entscheidet
  - über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
  - über einfachen oder zweifachen Gebührensatz
  - über abweichende Vereinbarungen

- BMG und PKV übernehmen Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung

- Gemeinsame Kommission wird die zukünftige „Super-Ärztekammer“ , durch Abgabe von Kompetenzen der Landesärztekammern an die Privatversicherungswirtschaft und an den Bund

- Gemeinsame Kommission gibt Empfehlungen zur Anpassung und Weiterentwicklung der GOÄ. Dadurch wird die Gebührenordnung zu einem Kontroll- und Steuerungselement

- Die Steuerung der Ausgaben der PKV soll künftig u.a. durch Empfehlungen der GeKo zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen erfolgen

Foto: © axentis

- Die acht Mitglieder der GeKo können die diesem Gremium zugedachten Aufgaben nicht bewältigen. Die Ausgaben für den Personalaufwand sollen durch Kammerbeiträge finanziert werden.

- Vergütungen soll der Arzt nur noch für Leistungen berechnen können dürfen, für deren Erbringungen die fachliche Qualifikation nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts besitzt. D.h. Abrechnung nur noch mit Facharztqualifikation, Schwerpunktbezeichnung, Zusatzweiterbildung und Fachkunde. Das bedeutet in der Regel: ärztliche Arbeit unbezahlt, nur in begründeten Einzelfällen geht es auch mal mit schlichter Approbation ohne FA. Dadurch wird die Anzahl der Leistungserbringer beschränkt und die Approbation entwertet.

- Lösungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und der Versorgungsqualität sollen zukünftig im Rahmen von Modellvorhaben von PKV und BÄK entwickelt und evaluiert werden.

- Werden sie für gut befunden, sollen sie in die GOÄ übernommen werden. Das bedeutet, Planung und Steuerung des privatärztlichen Bereichs.

- Die GeKo ist nicht erforderlich. Um die Doppelschutzfunktion der GOÄ (Schutz der Ärzte vor Dumpingpreisen und Schutz der Patienten vor ökonomischer Überforderung) zu erreichen, sind Eingriffe in die ärztliche Berufsfreiheit nicht erforderlich. Die Regelungen sind rechtswidrig!

Fazit

- GOÄ wird Steuerungs- und Planungsinstrument

[3] Quelle: Vortragsmanuskript Dr. Wille vom 23.01.2016

- Bisher nie dagewesener Einfluss der Privatversicherungswirtschaft
- BMG und PKV übernehmen die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung
- Ärztliche Berufsfreiheit wird weiter eingeschränkt
- Ärztliche Approbation wird entwertet

Foto: © LetV-Verlag

Beschluss des außerordentlichen Deutschen Ärztetages

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung dringend auf, die nach der Maßgabe der unten aufgeführten Voraussetzungen gestaltete Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechend dem zwischen der Bundesärztekammer und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
(PKV-Verband) sowie den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden (Beihilfe) ausgehandelten Kompromissvorschlag zum nächstmöglichen Zeitpunkt innerhalb der noch laufenden Legislaturperiode in Kraft zu setzen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird damit beauftragt, unter Beratung durch den Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer die Gesetzesinitiative zur Anpassung der Bundesärzteordnung (BÄO) und den Entwurf der neuen GOÄ abschließend zu prüfen und gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) freizugeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Die neue GOÄ erfüllt weiterhin eine doppelte Schutzfunktion für Patienten und Ärzte: Durch das Festlegen ausgewogener Preise werden die Patienten vor finanzieller Überforderung geschützt und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet.

2. Durch das Festlegen nicht unterschreitbarer Gebührensätze unter Berücksichtigung gerechtfertigter Ausnahmefälle werden die notwendigen Voraussetzungen einer menschlichen und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung gewährleistet.

3. Das Gebührenverzeichnis der neuen GOÄ entspricht dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Darin noch nicht abgebildete innovative Leistungen können wie bisher ohne Verzögerung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erbracht und analog mittels gleichwertiger vorhandener Gebührenpositionen abgerechnet werden.

4. Abweichende Honorarvereinbarungen sind weiterhin möglich.

5. Gehalts- und Kostenentwicklungen einschließlich des Inflationsausgleichs sind bei der Festlegung der Euro-Preise der Gebührenpositionen der neuen GOÄ und deren künftig fortlaufenden Überprüfung und Anpassung in einem fairen Interessenausgleich mit den nach § 11 BÄO „zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten" zu berücksichtigen. Die Festlegung und Weiterentwicklung der Euro-Preise der neuen GOÄ soll unter Erhalt ihrer Doppelschutzfunktion auch im Vergleich mit der Anpassungshöhe und den Anpassungsintervallen anderer Gebührenordnungen freier Berufe angemessen sein.

6. Die Bundesärztekammer verständigt sich mit dem BMG, dem PKV-Verband und der Beihilfe darauf, während der geplanten 36-monatigen Monitoringphase im Anschluss an die Inkraftsetzung der neuen GOÄ eventuelle Inkongruenzen hinsichtlich der Abrechnungsbestimmungen, der Legenden und Bewertungen der Gebührenpositionen unter Anhörung der ärztlichen Verbände und Fachgesellschaften zu identifizieren und zu beheben. Die Praktikabilität und die Angemessenheit der neuen Steigerungssystematik werden überprüft und dabei festgestellte Mängel behoben. Die Ergebnisse der Prüfungen und die daraufhin ergriffenen Maßnahmen werden durch die Bundesärztekammer fortlaufend veröffentlicht.

Die Ärzteschaft erwartet jetzt, dass die Politik ihre Zusagen einhält. Die dringend notwendige GOÄ-Novelle darf nicht dem beginnenden Bundestagswahlkampf geopfert werden!

Dr. Hans-Friedrich Spies

Die Selbstverwaltung bei der neuen GOÄ oder das Ende der Freiberuflichkeit des Arztberufes

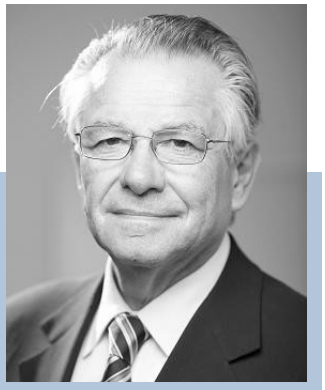
In Deutschland gibt es freie Berufe. Dazu gehören unter anderem Rechtsanwälte, Steuerberater und Architekten, aber auch die Ärzte. Viele wissen nicht, dass Freiberuflichkeit nichts damit zu tun hat, ob man selbstständig oder angestellt arbeitet. Auch der angestellte Arzt im Krankenhaus ist freiberuflich tätig mit allen Rechten und Pflichten, die damit verbunden sind. Ziel der Freiberuflichkeit ist es nicht, die Angehörigen dieser Berufe im gesellschaftlichen Umfeld zu schützen. Es geht vielmehr um die Patienten, Klienten und Kunden. Die Beziehung zu ihnen darf nicht von Außen beeinflusst werden. Dies gilt insbesondere für wirtschaftliche Interessen, die die Entscheidung z. B. in der Arzt-Patienten-Beziehung oder in der Anwalt-Klienten-Verbindung beeinflussen könnten. Kostenträger mit ihren rein wirtschaftlichen Interessen haben gerade deshalb außen vor zu bleiben.

GOÄ geht weit über die PKV hinaus

Um Patientenrechte zu schützen, benötigt man eine Berufsordnung, deren zentraler Bestandteil die Gebührenordnung ist. Für die Rechte und Pflichten der freien Berufe ist nicht die Bewertung der Leistungen entscheidend, sondern der ordnungspolitische Rahmen, in dem diese erbracht werden. Wichtig ist auch die Tatsache, dass es nicht nur um Regelungen geht, die die privat versicherten Patienten betreffen. Eine Gebührenordnung regelt auch alle Leistungsbeziehungen, auch z. B. gegenüber einem Krankenhaus oder beim Erstellen von Gutachten. Sie gehen somit über eine PKV und über die Beihilfe weit hinaus.

Für den ärztlichen Beruf ist dies bei der GOÄ im Paragraphenteil geregelt. Dabei wird der Charakter der seitherigen Gebührenordnung für Ärzte durch bestimmte Essentials geprägt. Der Behandlungsvertrag wird zwischen Arzt und Patient geschlossen. Die Rechtsbeziehung des Patienten zu seiner Versicherung, sei es die Beihilfe oder eine private Krankenversicherung, hat darauf keinen direkten Einfluss. Auch die Vergütung ist allein Sache des Arztes und des Patienten, die sich an der GOÄ verbindlich zu orientieren hat. Auch gemeinsame Kommissionen von Ärztekammern mit privaten Versicherern, die Abrechnungsvorschläge erarbeiten, haben bestenfalls einen Empfehlungscharakter. Sie sind nicht rechtsverbindlich.

Dies bedeutet, dass die GOÄ der entscheidende Baustein für die Konstruktion des freien ärztlichen Berufes ist. Dies gilt für angestellte Ärzte genauso wie für Selbstständige und Niedergelassene. Deshalb muss bei einer Novellierung der ordnungspolitische Teil des Paragraphenwerks hinterfragt werden, ob die Freiberuflichkeit des Arztes eingeschränkt wird.



Dr. Hans-Friedrich Spies

Mehr Mitsprache für Kostenträger

Im Gegensatz zur Gebührenordnung der Ärzte wird die gesetzliche Krankenversicherung GKV durch Selbstverwaltungsorgane geregelt. Zentrale Bedeutung haben hier die Krankenkassen und besonders die Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie regulieren die Versorgung. Dabei hat der behandelnde Arzt eine Rechtsbeziehung über seine Kassenärztliche Vereinigung zur Krankenkasse, bei der der Patient versichert ist. Zentrale Bedeutung bekommt in diesem System der Kostenträger. Jede Novellierung des Paragraphenteils der GOÄ, die dem Kostenträger in die Systematik mit einbezieht, muss deshalb die Freiberuflichkeit einschränken, weil direkt oder indirekt wirtschaftliche Interessen der Versicherungen berücksichtigt werden oder wie bei der GKV ganz im Vordergrund stehen.

Genau das ist bei der jetzigen Vorlage zur Novellierung der

GOÄ passiert, in dem man eine Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ (Geko) eingeführt hat. Sie besteht aus der Bundesärztekammer, der Beihilfe und Vertretern der privaten Krankenversicherungen. Zünglein an der Waage wird in dieser Kommission das Bundesgesundheitsministerium, dem die Beihilfe sicher näher steht als die Bundesärztekammer. Die Beschlüsse sind für die Rechnungsstellung der Ärzte verbindlich. Dies ist der entscheidende Unterschied zu den bereits jetzt existierenden Gebührenordnungskommissionen von Kammer und PKV, deren Vorgaben nur Empfehlungscharakter haben. Rechtlich verbindlich ist nämlich nur die Vereinbarung zwischen Arzt und Patient, die im Streitfall als Einzelfall gerichtlich geklärt werden muss. Arzt und Patient können sich jederzeit einvernehmlich über die Empfehlungen hinwegsetzen. Dies wäre dann in Zukunft nicht mehr möglich.

Die Analogziffern haben in der seitherigen GOÄ eine ganz zentrale Bedeutung, sie sorgen dafür, dass die GOÄ flexibel bleibt und nicht zu einem unbeweglichen Leistungskatalog wie der EBM degeneriert. Seither sind sie allein Sache der Arzt-Patienten-Beziehung, in Zukunft werden sie aber über die Geko überprüft und auf Dauer geregelt. Es wird z. B. festgelegt, ob die Analogbewertungen in eine neue Gebührenordnungsposition überführt werden sollen.

Befürchtet wird, dass es auch zum prinzipiellen Ausschluss von Leistungen kommen kann, wenn sie nicht in die GOÄ übernommen werden. Die Angst ist wohl begründet, hat man doch die Erstfassung der neuen GOÄ zu einem abschließenden Leistungskatalog gemacht, weil nur noch Analogziffern für Leistungen in Zukunft akzeptiert werden, die nach Inkrafttreten der neuen GOÄ auf dem Markt erscheinen werden.

Foto: © fovito/fotolia.com

Die Rechnungsstellung kann in der noch gültigen GOÄ dem Schweregrad angepasst werden, auch wenn die fehlende Korrektur der Legenden und Bewertungen in den letzten Jahren dies fast nicht mehr zugelassen haben. Bei der Novellierung wird ein nach Arzt und technischer Leistung kalkuliertem robusten Einfachsatz abgerechnet. Dieser kann verdoppelt werden bei Leistungen, die in einer Art Positivliste von genau dieser Kommission definiert werden müssen. Die individuelle Rechnungsstellung aus der alten GOÄ wird damit faktisch Vergangenheit.

Keine Ausgabenbegrenzung?

Typisches Merkmal der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Ausgabenbegrenzung, um die Beitragsstabilität zu sichern. Das war in der PKV seither undenkbar, gab es doch eine Unzahl von Versicherungsvarianten zwischen dem Versicherungsnehmer und der privaten Kassen, die schon die Erhebung der Ausgaben unmöglich machte. Von der Bundesärztekammer wird zur Zeit vehement bestritten, dass es bei der Novellierung zu solchen Begrenzungen kommen wird. Was bedeutet es aber anderes als eine Ausgabenbegrenzung, wenn im ersten Jahr bei der Einführung der GOÄ die Ausgaben insgesamt erfasst werden und wenn nach 3 Jahren überprüft wird, ob sich der Anstieg im vorher festgesetzten Rahmen bewegt hat, ggf. mit nachfolgenden Bewertungskorrekturen?

Eine Reform der GOÄ wäre auch denkbar, wenn man Legenden und Bewertungen auf einen zeitgemäßen Stand bringt und den seitherigen Paragraphenteil nicht ändert. Mit der Geko hat man eine Selbstverwaltungslösung mit der Konsequenz der Annäherung von PKV und GKV eingeführt. Will man dies politisch? Dies ist die erste Frage, die der Sonderärztetag zur gemeinsamen Gebührenordnung der Ärzte zu beantworten hat.

Viel wichtiger ist es aber, dass die novellierte GOÄ in Form der Geko die Axt an die Freiberuflichkeit des Arztes legt. Dies betrifft nicht nur den Arzt, sondern vor allem auch den Patienten mit seinem Recht auf ein ungestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis.

Anschrift des Autors:
Dr. Hans-Friedrich Spies
2. BDI-Vizepräsident
Friedrich-Ebert-Anlage 18
60325 Frankfurt am Main

Prof. Dr. Hans Martin Hoffmeister

Gefährdung der privatärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus

Am Dienstag, den 24. November 2015 stellte die Bundesärztekammer in einer eilig einberufenen Veranstaltung zur Information der Verbände Grundzüge der bereits verhandelten GOÄ neu vor. Hier ging es in erster Linie um kursorische Informationen über den Paragraphenteil, Legenden bzw. Leistungen und Prozeduren mit entsprechenden Eurobewertungen wurden in dieser Veranstaltung nicht thematisiert. Während die bekannten Aspekte der GKV-Annäherung sowohl für den niedergelassenen wie den klinischen Bereich relevant sind, gibt es spezifische Punkte, welche nur für liquidationsberechtigte Klinikärzte von Bedeutung sind und deren privatärztliche Tätigkeit in Zukunft gefährden könnten. Trotz beschwichtigender Kommentierung der Bundesärztekammer bei kritischer Interpretation der 2013 geschlossenen Rahmenvereinbarung zwischen BLK und PKV-Verband zeigen sich jetzt entsprechende Befürchtungen für die freie ärztliche Tätigkeit im klinischen Bereich im Rahmen der Behandlung sogenannter Privatpatienten als berechtigt: Anders als vorab postuliert konnte auch in den vorgestellten Foliensätzen der Bundesärztekammer eine ausreichende Finanzierung der privatärztlichen Tätigkeit nach GOÄ in der Klinik nicht festgestellt werden!

Deutliche Schieflage beim Honorar

Vielmehr besteht die Problematik, dass in Abhängigkeit von der nach wie vor noch offenen und im Gegensatz zu früheren Stellungnahmen der Verhandlungsführer keineswegs gesichert festgeschriebenen Höhe der Minderung der GOÄ-Rechnung von im Krankenhaus tätigen liquidationsberechtigten Ärzten eine massive Honorierungschräglage zwischen Auswirkungen der GOÄneu, dem Krankenhausentgeldgesetz und der Bundespflegesatzverordnung entsteht.

Diese Problematik sei an einem Rechenbeispiel erläutert: Derzeit wird nach § 6 a, Abs. 1 GOÄ die Rechnung des Krankenhausarztes vorab pauschal um 25 % gemindert. Anschließend erfolgt eine auf die ursprünglichen 100 % bezogene 20 % bzw. bei technischen Leistungen 40 % Kostenerstattung des Arztes an den Krankenhausträger (nach Krankenhausentgeldgesetz). Von dem verbleibenden Arzthonorar wird dann ein individuell vertraglich festgelegter z.B. 20 % Vorteilsausgleich an den Krankenhausträger abgeführt. Von der verbleibenden Summe wird dann noch der Mitarbeiteranteil abgeführt bzw. auch noch die Gebühr für die entsprechende Abrechnungsstelle. Dies sei an zwei Rechenbeispielen, getrennt für nicht technische (z.B. Gesprächsleistungen) und technische Leistungen (z.B. Angiographie mit Intervention) erläutert:

Ausgehend von einem fiktiven Betrag von 100 Euro brutto lt.

Hans Martin Hoffmeister

GOÄ ist die Rechnung zunächst um 25 % auf einen Rechnungsbetrag von 75 Euro zu mindern. Von diesen 75 Euro werden 20 Euro an das Krankenhaus nach KH-EntgG abgezogen (nicht technische Leistung). Von den resultierenden 55 Euro werden weitere 20 Euro als Vorteilsausgleich an den Krankenhausträger gezahlt. Es stehen somit 35 Euro für die Bezahlung von Mitarbeitern (sogenannte Poolabgaben) und für die Gebühr der Abrechnungsstelle zur Verfügung. Der restliche Betrag (z.B. 25 Euro) verbleibt als Nettohoronar des liquidationsberechtigten Arztes vor Steuern. Im Falle einer sogenannten technischen Leistung sind von den geminderten 75 Euro nicht 20 Euro, sondern 40 Euro abzuführen, so dass sich der Endbetrag ebenfalls um 20 Euro mindert. Da derartige technischen Leistungen häufig vom liquidationsberechtigten Arzt alleine durchgeführt werden, ist möglicherweise die Mitarbeiterbeteiligung geringer, so dass von einer Endsumme von etwa 10 Euro auszugehen ist.

BÄK weckt Begehrlichkeiten der PKV

Die Endsummen von 25 Euro bzw. 10 Euro lassen erkennen, dass schon bei einer Erhöhung der Minderung der GOÄ-Rechnung um 35 % statt bisher um 25 % kein effektives Arzthonorar mehr zur Verfügung steht, sofern die Abgaben nach dem Krankenhausentgeldgesetz nicht entsprechend vermindert werden. Genau dies ist aber der Folie Nr. 32 aus der Vorstellung der BÄK ausdrücklich nicht zu entnehmen: Vielmehr sei der Arbeitsstand zwischen BÄK und PKV-Verband die „Prüfung der Abschläge für stationäre Leistung ohne sonstige Anpassungen der Regelung zur Honorarminderung bei stationärer Behandlung nach § 6 a GOÄ". Für die liquidationsberechtigen Ärzte am Krankenhaus bedeutet dies, dass bei Überschreiten der 25 %-Grenze ohne entsprechende Anpassungen der Abgaberegelung bei einem Teil der auch anspruchsvollen technischen Leistungen (z.B. Gefäßinterventionen etc.) kein ärztliches Honorar mehr erzielt werden kann. Es wäre vermessen zu glauben, dass in Zeiten finanziell gefährdeter Krankenhäuser seitens der Krankenhausträger und ihrer Verbände (DKG) hier auf Abgaben verzichtet wird, um Fehlentwicklungen der GOÄneu zu korrigieren. Vielmehr hat die Bundesärztekammer durch ihre Strategie der Aufteilung der Gebührenpositionen in einen ärztlichen und in einen technischen Teil bei der PKV insofern Begehrlichkeiten geweckt, als dort der Eindruck entsteht, dass der technische Teil der GOÄ ja schon durch die DRGs bezahlt sei. Dies war auch bei der bisherigen GOÄ nie der Fall. Vielmehr war diese Strategie wohl ursprünglich zur wirtschaftlichen Begründung des robusten „Einfachsatzes" gedacht gewesen, entpuppt sich im Krankenhaussektor aber aufgrund der auf der früheren GOÄ basierenden Abgabestruktur der Chefärzte als Eigentor und möglicher Todesstoß für die privatärztliche Liquidation im Krankenhaus. Hier leistet die BÄK den Vorstellungen Vorschub, dass die Privatliquidation im Krankenhaus zugunsten eines Festgehaltes abgeschafft werden soll: Damit ist auch die Ausübung des freien Berufes als Arzt im Krankenhaus in Frage gestellt. In großer Scheinheiligkeit versendet dann das Krankenhaus aber an den Patienten „im Auftrage" seines jeweiligen Arztes Rechnungen, welche den Eindruck – trotz über Festgehaltsregelungen und fehlende persönliche Liquidation faktisch schon abgeschaffter persönliche Arzt-Patienten-Beziehung – einer persönlichen Rechnungsstellung durch den jeweiligen liquidationsberechtigten Arzt erwecken soll.

Weniger Arbeit für die Kostenträger

Dieser Entwicklung zu einer nicht persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung auf der Basis eines Zweitarifkrankenversicherungssystems leisten die neuen Vorschläge zur GOÄ auch offensichtlichen Vorschub, wenn ausführlich über eine ganze Folie Vorschriften zur Maschinenlesbarkeit und Formulartreue der Rechnungen zur Erleichterung der Bearbeitung bei einem Kostenträger festgeschrieben werden. Die Vorstellung eines freien, nicht komplett eingeengten und geregelten Arzt-Patienten-Verhältnisses und seiner Gebührentaxe als der eines freien Berufes kommt in diesem Zusammenhang überhaupt nicht mehr vor. Von dieser Gefahr für die Krankenhausärzte hatten bereits der BDI, der BDC und der VLK in einer gemeinsamen Stellungnahme im Januar 2014 hingewiesen. Der derzeitige Vortragsfoliensatz der BÄK zeigt eindeutig, dass die Gefährdung des privatärztlichen Sektors im Krankenhaus nicht nur nicht berücksichtigt worden ist, sondern durch den Einbezug der Krankenhausträger (DKG) und ihrer Vorstellung von Arztverträgen eine erhebliche Schräglage zu Ungunsten der Ärzteschaft durch die GOÄneu eintreten würde .

Einigkeit ist gefragt

Diese nachteiligen Paradigmenwechsel zugunsten einer Gefährdung der privatärztlichen Tätigkeit im Krankenhaussektor zusammen mit der GKV-Annäherung im niedergelassenen Bereich im Rahmen der GOÄneu überwiegt erheblich die von der Ärzteschaft ursprünglich gewünschten Verbesserungen im Bereich von Detailrechtssicherheit und Situationsanpassung. Es bleibt nur zu hoffen, dass die Ärzteschaft aller Sektionen insgesamt sich solidarisch bei der Überprüfung der GOÄneu gegen die massive Verschlechterung der Liquidationssituation großer Arztgruppen einsetzen wird und die Verhandlungsergebnisse auch dahingehend überprüft, dass nicht nur für 2 Jahre geltende Beschwichtigungsversuche festgeschrieben werden. Die PKV, Bund und Länder in der unseligen Kombination von Verordnungsgeber und gleichzeitiger Kostenträgerschaft und die DKG als Vertreter der Krankenhäuser (und nicht der Krankenhausärzte) können nur durch kompetentes und gemeinsames Auftreten der Ärzteschaft gestoppt werden.

Anschrift des Autors:
Prof. Dr. Hans Martin Hoffmeister
Mitglied des Vorstandes des BDI
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

PD. Dr. Michael A. Weber, Vizepräsident VLK

Wie frei ist der Krankenhausarzt in seiner medizinischen Entscheidung?

Berufsordnung

Die Frage nach der medizinischen Entscheidungsfreiheit wird in der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte, herausgegeben von der Bundesärztekammer, klar geregelt. Sie legt folgende Grundsätze fest:

1. Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung…
2. Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern… Sie haben ihr ärztliches Handeln am Wohl des Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patienten stellen.
3. Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. Der Krankenhausarzt ist somit in medizinischen Fragen zu Diagnose und Therapie unabhängig und nicht weisungsgebunden.

Umgang mit Mittelknappheit

Diese grundsätzliche Freiheit in medizinischen Fragen scheint im Widerspruch zu dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu stehen. Dies ist unter anderem in § 12 SGB V klar geregelt: Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist die Verpflichtung jedes Arztes, nur solche Leistungen zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen, die zur Heilung oder Linderung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Nur darauf haben Versicherte einen Anspruch bzw. nur diese Leistungen dürfen von den Kassen erstattet werden.

In der Regel enthalten die Verträge der leitenden Krankenhausärzte zusätzliche Passagen, die sie zu einem Wirtschaftlichkeitsgebot, z.B. im Rahmen des gegebenen Budgets verpflichten. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz heißt es unter § 1 Grundsatz: Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Das Präjudiz der Beitragssatzstabilität ist hier der limitierende Faktor für das Budget, der sich im entsprechenden Abschluss mit den Krankenkassen widerspiegelt. Dennoch gilt aufgrund der Berufsordnung für den Krankenhausarzt die Verpflichtung, gegebenenfalls das medizinisch Notwendige zu veranlassen, auch wenn es diesem Wirtschaftlichkeitsgebot widerspricht, egal was in seinem Vertrag steht.

PD. Dr. Michael A. Weber

Dies ist arbeitsrechtlich und haftungsrechtlich abgesichert, aber natürlich nicht frei von Konfliktpotential. Die vorhandenen Ressourcen entscheiden. Ist z.B. kein Herzkatheterlabor vorhanden, muss für eine notwendige Untersuchung der Patient verlegt werden, aber nicht ein solches Labor zwingend eingerichtet werden.

Untersuchungen zeigen seit Jahren, dass sich als Reaktion auf eine Mittelbegrenzung überall auf der Welt eine Rationierung der Leistungen feststellen lässt. So fanden Hurst S. et al. (2006), dass in Italien, Norwegen, der Schweiz und UK 56% der Ärzte über eine Rationierung berichteten, 16% davon wöchentlich oder täglich. Strech D. et al. (2009) erhielt von 78% der Ärzte in Deutschland Angaben über eine Rationierung, bei 13% wöchentlich oder täglich. Große Aufmerksamkeit erregte 2014 ein Forschungsprojekt von Prof. J. Wasem über den Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus

mit dem Titel: „Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus?“ Chefärzte berichteten in 70%, Pflegekräfte in 82% über negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung. 21% der Chefärzte gaben an, dass in dem Entscheidungskonflikt Ökonomie/Medizin nützliche Leistungen nicht durchgeführt wurden. Leider fehlt hier die entscheidende Differenzierung zwischen nützlich und notwendig. Über ökonomisch bedingte Mengenausweitungen, mindestens einmal in 6 Monaten, berichteten 46% der Chefärzte. Eine Tatsache, die nur von wenigen anderen Ländern mit vergleichbar stabiler wirtschaftlicher Situation berichtet wird. Die Untersuchungen von Wasem führte zu einer gemeinsamen Resolution der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft an die Politik, in der eine qualitätssichernde Krankenhausfinanzierung gefordert wird. Sie hat sicher mit dazu geführt, dass im eben verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz, die Finanzierung der Betriebskosten der Kliniken auf eine deutlich verbesserte Grundlage gestellt wurde. Aber Budgets bleiben natürlich begrenzt und damit der Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin bestehen.

Qualitätsdiskussion

„Die systematische Förderung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit ist integraler Bestandteil ärztlichen Handelns“ G. Jonitz (2015). Neben den ausreichenden finanziellen Ressourcen benötigt sie klare Vorgaben für die Struktur- und Prozessqualität, um zu einer zufriedenstellenden Ergebnisqualität zu gelangen. Seit Jahren widmet sich die Ärzteschaft zahllosen Maßnahmen der Qualitätssicherung. Das hat Politik und Krankenkassen aber aus verschiedensten Gründen nicht davon abgehalten, eine neue Qualitätsoffensive auszurufen. Man möchte damit den Anreiz weg von der Quantität mehr in Richtung Qualität lenken, wie dies Medicare seit einigen Jahren in den USA durchführt. Selbstverständlich unterstützen Ärzte Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Angesichts der Gratwanderung zwischen Patientennutzen, Ansprüchen zur wirtschaftlichen Steuerung und Missbrauchspotential stellt sich aber die Frage, zu wessen Nutzen die Qualitätsmessung propagiert wird. Sie darf nicht die Ärzte zu Sündenböcken machen, um politisch unpopuläre Entscheidungen zu begründen. Diese Gefahr besteht, wenn die Indikatoren die Krankenhausplanung verschärfen, um eine in der Tendenz gewollte Bereinigung der Krankenhauslandschaft zu erreichen. Neben der politischen Diskussion darf der Druck auf die Ärzte durch einen Qualitätsbenchmark nicht dazu führen, dass eine Selektion der Patienten hinsichtlich ihres Risikoprofils stattfindet, da sie die Mortalitätsrate der Klinik ansteigen lassen. Manipulationen müssen durch Audits erkannt oder besser gleich verhindert werden.

Um den zeitlichen Aufwand für die Qualitätssicherung, im Vergleich zur Behandlungsmaßnahme selbst, in einem vertretbaren Rahmen zu halten, müssen Routineparameter zur Qualitätssicherung eingesetzt werden. In „Peer Review-Verfahren“ werden dann auffällige Indikatoren bzw. die einzelnen Behandlungsabläufe unter Fachkollegen auf Augenhöhe validiert. Das dadurch gewonnene Optimierungspotential für eine Verbesserung in Struktur, Prozessen, Indikation und Komplikationsmanagement muss umgesetzt werden, um Verbesserungen auch zu realisieren. Sie können damit in die Entscheidungsfreiheit des Krankenhausarztes eingreifen, wenn sie im Dissens getroffen werden, aber dennoch umzusetzen sind. Insgesamt nehmen die Qualitätsdiskussion und die öffentlich geäußerten Zweifel an der Patientensicherheit in Krankenhäusern zunehmend Einfluss auf die Entscheidungen von Ärzten.

Zeit

Zeit ist eine der wertvollsten Ressourcen nicht nur für Krankenhausärzte. Es besteht die Gefahr, dass die zunehmende Bürokratie den Ärzten gerade die Zeit stielt, die für den Behandlungserfolg unverzichtbar ist. Ärzte müssen deswegen entscheidend mit in die Berechnungen der Personalquote einbezogen werden. Andererseits sind sie verpflichtet sich an Maßnahmen zur Prozessoptimierung zu beteiligen, bzw. sie zu initiieren. Zeitmangel im Rahmen einer zunehmenden Arbeitsverdichtung wird häufig als besonders störender Faktor für die Qualität von Entscheidungen beklagt.

Vertrauensverhältnis

Das Vertrauen der Patienten in die Medizin, den Arzt und besonders die Krankenhäuser wird seit einiger Zeit gestört. Der skandalisierende Umgang der Medien mit medizinischen Themen hat die Ängste der Patienten bei einem Klinikaufenthalt vor Infektionen durch mangelnde Hygiene, fehlerhafte Diagnosen, Verwechslung und Behandlungsfehlern massiv ansteigen lassen. Dies stört das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, das Grundlage für eine ärztliche Behandlung ist. Viele Ängste können im Gespräch mit den Pa-

tienten mit Geduld und Empathie gemildert werden, aber es ist an der Zeit die Diskussion in den Medien endlich wieder zu versachlichen.

Interdisziplinarität

Traditionell wird der Patient abhängig von seiner Haupterkrankung in der zuständigen Fachabteilung behandelt. Dies ist klar und unstrittig der richtige Weg bei elektiven Eingriffen oder eindeutig zuzuordnenden Notfallerkrankungen, wie Herzinfarkt und Schenkelhalsfraktur. Eine große Zahl von Erkrankungen bedarf aber der interdisziplinären Betreuung. Dies lässt sich besonders effektiv in entsprechenden Zentren realisieren. Hier geschieht die entscheidende Weichenstellung in Diagnostik und Therapie nach einer Vorstellung in einem Board der Fachleute. Die Patienten profitieren von der Bündelung der Kompetenz, die Entscheidungsfreiheit des einzelnen Krankenhausarztes muss aber hinter dem Votum der Konferenz zurückstehen.

Zielvereinbarungen

Klinikgeschäftsführer tragen die ökonomische Verantwortung für die Krankenhäuser, Ärzte die medizinische, aber man fordert von den Ärzten eine ökonomische Mitverantwortung. In der Vergangenheit bestand bei vielen Klinikträgern der Trend, hieraus eine ökonomische Hauptverantwortung der Ärzte abzuleiten und dies in die Zielvereinbarungen ihrer Verträge zwingend einzufügen. Die aufkommende Diskussion über Mengenentwicklungen, Indikationsaufweichung und Qualität, haben auf Druck der Bundesärztekammer und des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte zu einer gesetzlichen Verschärfung solcher

Vereinbarungen geführt, nicht nur was die Verknüpfung mit der Anzahl einzelner Leistungen anbelangt, sondern auch mit der von Leistungsmengen der Abteilung oder Klinik (§135c SGB V). So sollen Fehlanreize vermieden werden. Vereinbarungen zu Zielen der verbesserten Hygiene, Organisation und Qualität sind davon unbenommen.

„Choose wisely“

Mit Bedacht auswählen (choose wisely) ist eine Initiative aus den USA, um unnötige medizinische Tests, Behandlungen, Interventionen und Operationen zu vermeiden. Im Visier sind ökonomisch getriggerte Indikationen, die durch ausführliches Abwägen von Für und Wider gemeinsam mit dem Patienten verhindert werden sollen, in dem die Behandlung besonders auch die individuelle Situation des Patienten berücksichtigt. Ärzte neigen dazu Patienten besonders dann die Entscheidung zu überlassen, wenn das richtige Vorgehen unklar ist. T. Fried (2016). Dies sind aber gerade die schwierigen Entscheidungen, in denen Patienten von Empfehlungen profitieren. Unterstützung sollten Patienten durch Aufzeigen von Entscheidungswegen erhalten sowie durch Informationsbroschüren, die für Laien verständlich sind und Aufklärung von Patienten und Angehörigen, die richtigen Fragen zu stellen. Es sollte den Patienten großzügig Zeit für ihre Überlegungen eingeräumt werden. Wenn man so will, ist es die Umschreibung für die Forderung nach einer

empathischen Kommunikation, die im Gesundheitswesen besonders im Arzt-Patientenverhältnis nicht die Regel ist. M. Gottschlich (2007) beschreibt „ Hinter der Fassade routinierter Freundlichkeit und eingeübter Rhetorik verbirgt sich ein Universum unverrückbarer und festgefügter medizinischer Glaubenssätze“, die einer authentischen Zuwendung im Wege stehen. Wenn man dies verhindern will, muss man sich der „Gefahr“ aussetzen im Gespräch seine Meinung zu ändern, bzw. von den Argumenten des Gegenüber, überzeugt zu werden. Nicht überraschend führt eine so geführte Aufklärung in der Regel zu einer Zustimmung zu den gemeinsam erarbeiteten Vorschlägen, da der Patient durch die emphatische Kommunikation das notwendige Vertrauen entwickelt.

Zweitmeinung

Die Kassen werben unter anderem mit dem Slogan: Auf Nummer sicher gehen, mit der ärztlichen Zweitmeinung. Inzwischen ist mit großer Unterstützung auch der Patientenvertreter die Einholung der Zweitmeinung gesetzlich verankert. Die Deutsche BKK schreibt ihren Patienten: Ihr Arztbesuch hat eine Diagnose erbracht, die für Sie lebensverändernd oder sogar lebensbedrohlich ist oder bei der eine Operation unvermeidlich erscheint? Als Patient sind Sie oft mit einer solchen Diagnose überfordert und allein gelassen. Viele Menschen wünschen sich in einer solchen Situation eine zweite Meinung, ob die Diagnose stimmt und ob es nicht doch zur Operation noch Alternativen gibt. Für diese Krankheitsfälle bieten wir Ihnen die Möglichkeit, bei kompetenten Experten eine Zweitmeinung einzuholen. Das Angebot gilt vorerst für Rükkenoperationen, orthopädischen Operationen und Krebsdiagnosen, soll aber erweitert werden. Hintergrund ist unter anderem die Erkenntnis, dass Ärzte, so sie selbst erkranken, sich deutlich seltener operativen Eingriffen unterziehen, im Vergleich zu ihren Empfehlungen an ihre Patienten in vergleichbarer Situation. Auch die Forderungen nach Entscheidungen im Team, wie es zunehmend für Herzerkrankungen vor operativen oder interventionellen Eingriffen empfohlen wird, um sogenannte Selbstzuweisungen zu moderieren, spielt eine Rolle. In schwierigen Fällen ist das sicher ein Gewinn an Sicherheit, in manchen nur ein Beitrag zur weiteren Verunsicherung. Bewertet man den Erfolg nur an der Anzahl der verhinderten Operationen an den zuvor geplanten, ist das sehr problematisch, da nicht erkennbar ist, ob das denn wirklich das bessere Vorgehen war und nicht auch dringend nötige Eingriffe unterlassen werden. Alles hängt sicher von der Qualifikation der Experten ab und man muss fordern, dass diese möglichst die zu begutachteten Eingriffe auch selbst kompetent beherrschen oder zumindest überdurchschnittliche Erfahrungen mit den Krankheitsbildern haben. Ein Zweitmeinungsverfahren ist angesichts der Diskussion über die Qualität von Indikationsstellungen aber hilfreich, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, die Indikation von einem kompetenten Spezialisten überprüfen zu lassen.

Fazit

Die Unabhängigkeit der Ärzte ist rechtlich gesichert. Die Berufsordnung legt eindeutig fest, dass Ärzte in ihren medizinischen Entscheidungen unabhängig sind und dass sie hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen, keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen dürfen. Unter keinen Umständen darf das Interesse Dritter über das Wohl der Patienten gestellt werden. Insofern ist die Entscheidungsfreiheit des Krankenhausarztes und dazu zählt auch der Assistenzarzt, klar geregelt. Aber natürlich gibt es auf der anderen Seite ein Wirtschaftlichkeitsgebot und ein begrenztes Budget. Im Notfall geht das Patientenwohl vor, aber im Regelfall kann es einen Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin verursachen. Sowohl Unterversorgung als auch Überversorgung sind hier im Visier und liegen überwiegend im Verantwortungsbereich der Ärzte. Sie müssen sich dieser Verantwortung stellen, auch wenn dies zu Konflikten führt. Hier ist eine durchsetzungsstarke Persönlichkeit gefragt, die klare Grenzen aufzeigt. Geschäftsführer und Ärzte sind beide humanitären Grundwerten verpflichtet. Sie müssen sich deshalb auf gemeinsame Ziele verständigen. Die Zeiten einsamer Entscheidungen sind vorbei. Keiner allein ist hauptverantwortlich für die Wertschöpfung. Viele Regelungen des DRG-Systems, der Qualitätssicherung, der Mindestmengen, der Budgets usw. bewirken Fehlanreize und Druck. Diesen müssen die Krankenhausärzte widerstehen. An das Kommunikationsverhalten, sowohl mit den Patienten als auch mit dem Management, sind dabei höchste Anforderungen gestellt. Entscheidungswege müssen heute transparenter sein und werden häufiger hinterfragt. Das ist Teil einer emphatischen Kommunikation und einer Qualitätsdiskussion, der wir uns gerne stellen. Da der Krankenhausarzt die medizinische Letztentscheidung hat, muss er hierin aber auch frei sein.

Anschrift des Autors:
PD Dr. Michael. A. Weber
Pollnstraße 13, 85221 Dachau

Prof. Dr. Norbert Pfeiffer

Akutstrategie Krisenkommunikation[1]

Die Krise

Was ist eine Krise? Das Wort begegnet uns täglich in Form der Finanzkrise, von Gesundheitskrisen oder auch persönlicher Krisen. Es scheint inflationär verwendet zu werden, und natürlich wissen Sie als Leser, dass es aus dem Griechischen kommt und „Entscheidung" oder auch „entscheidende Wendung" bedeutet.

Persönliche Krisen kommuniziert man im engsten Kreise, aber große Krisen erreichen die Öffentlichkeit und werden manchmal gerade dadurch – sei es verschuldet oder unverschuldet – zu einem wirklichen Problem. Unsere Informationsgesellschaft ist begierig nach solchen Nachrichten, und die Nachrichtenvermittler wissen: „Only bad news is good news". Und so ereilen uns Nachrichten von Krisen in Windeseile auf dem ganzen Globus.

Ist die Krise der Angreifer, so ist die Krisenkommunikation der Verteidiger. Ein ganzer Wirtschaftszweig hat sich genau dieser Thematik gewidmet. Krisenkommunikatorinnen und -kommunikatoren bezeichnen eine Krise als ein Ereignis, in dem das Unerwartete auftritt, sich zuspitzt, ein Unternehmen durch ein außergewöhnliches Ereignis in seinem Bestand gefährden kann sowie häufig das Interesse der Massenmedien, der Bevölkerung und der Behörden nach sich zieht und oftmals nur noch schwer oder gar nicht mehr zu steuern ist. Nach diesen Kriterien ist das, was in der Universitätsmedizin geschah, mit Sicherheit ebenfalls als Krise einzustufen.

2010: Das Jahr der Krise in der Mainzer Universitätsmedizin

Im Jahr 2010 geriet die Universitätsmedizin Mainz in eine enorme Krise ausgelöst durch den Tod dreier kleiner Kinder durch verkeimte Infusionen. Dieser Artikel soll erstens schildern was geschah, zweitens was wir zur Lösung dieser Krise und der damit verbundenen Krisenkommunikation unternahmen und drittens welche Erkenntnisse wir daraus für den Umgang mit Krisen ableiten können.

Was war geschehen?
Wenn man im Spätsommer des Jahres 2012 in Reichweite von Zeitungen, Radio oder Nachrichten waren, kann man die Mainzer Geschehnisse kaum überhört haben. In aller Kürze: Ende August werden im Reinraum der Klinikapotheke in Mainz Infusionen für 11 Kinder der Frühgeborenenintensivstation zubereitet. Durch Untersuchung einer Routinerückstellungsprobe wird am nächsten Tag klar, dass die Infusionen verkeimt waren. Doch schon sind zwei von den 11 Kindern gestorben, eines ist moribund, vier weitere schwerst erkrankt.

Prof. Dr. Norbert Pfeiffer

Ich werde als Vorstandsvorsitzender und Medizinischer Vorstand von dem Geschehen informiert und ein Krisenstab tritt sofort zusammen. Uns allen ist unmittelbar klar, dass wir es hier mit einer wirklichen medizinischen Katastrophe zu tun haben. Gedanken werden wach an die Geschehnisse in Köln, im Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, in dem 1989 Ähnliches geschah – Ereignisse, die heute noch diskutiert werden. Oder auch an die Vorkommnisse in Bremen und Berlin. Wir müssen befürchten, für Jahrzehnte negative Medizingeschichte zu schreiben. Aber zunächst steht die Sorge um die Betroffenen im Vordergrund. Die Prioritäten des Handelns sind schnell herausgearbeitet:

Prioritätenliste des Handelns

1. Weiterer Schaden muss in jedem Fall vermieden werden. Daher werden Ärztinnen und

[1] Vortrag gehalten beim 38. Deutschen Krankenhaustag am 17.11.2015

Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger aus ihrer arbeitsfreien Zeit gerufen, um so viele schwerkranke Kinder zeitgleich versorgen zu können.
Gleichzeitig treibt uns die Sorge um, dass sich das Geschehen wiederholen könnte, solange die Ursache unklar ist. Dieselben Kinder brauchen weiterhin spezielle, für sie zusammengesetzte und hergestellte Infusionen. Das gilt auch für weitere Frühgeborene und Schwerstkranke, die jeden Tag dazukommen. Daher wird der gesamte Herstellungsprozess mit anderen Ausgangssubstanzen von anderen Mitarbeitenden in anderen Räumen vorgenommen. Sollte im unwahrscheinlichsten Fall eine gelieferte Infusionsflasche verkeimt gewesen sein, so könnte dies die gesamte Charge betroffen haben. Daher werden alle Hersteller informiert, um die Produktion zurückzurufen.
An dieser Stelle gibt es ein kurzes Zögern: Noch ist alles nur intern bekannt. In Köln und später auch in London kamen solche Geschehnisse erst Monate, ja manchmal Jahre später ans Licht. Doch es fällt die Entscheidung, dass zum Schutz anderer auf jeden Fall informiert werden muss.

2. Als aller erstes werden die Betroffenen bzw. deren Angehörige informiert über die Verkeimung der Infusionen.
3. Alle beteiligten Mitarbeitenden werden einbezogen und umfassend informiert.
4. Auch die Aufsichtsbehörden, Ministerien und schließlich und nicht zuletzt auch Polizei und Staatsanwaltschaft werden einbezogen. Da Kinder wahrscheinlich durch eine nicht natürliche Ursache verstorben sind, muss die Staatsanwaltschaft ermitteln.

Eine Krise, die so viele Menschen betrifft, muss öffentlich werden. Deshalb entschließen wir uns, von uns aus an die Öffentlichkeit heranzutreten. All dies geschieht innerhalb eines halben Tages. Die Pressemeldung geben wir um 17 Uhr heraus, um 18 Uhr kommen schon etwa 20 Journalisten und Kamerateams zur Pressekonferenz und um 19 Uhr sind wir die Hauptschlagzeile in sämtlichen Nachrichtensendungen und auf Seite 1 der meisten Zeitungen des Folgetages.

Es war bereits sehr schlimm, und: Es kommt noch schlimmer: Ein drittes Kind verstirbt und Trittbrettfahrer beginnen eine Diskussion über „unhaltbare hygienische Zustände in deutschen Krankenhäusern – wie man an Mainz sieht“.

Die Gefahrenanalyse

Wir analysieren, welche Gefahren drohen und deren sind viele:

1. Weitere Kinder könnten versterben.
2. Weitere bisher noch gesunde Kinder können verkeimte Infusionen erhalten solange die Ursache nicht bekannt ist.
3. Es droht uns der Verzug des Vertrauens unserer Patientinnen und Patienten, die das Krankenhaus verlassen.
4. Zukünftige Patientinnen und Patienten werden gar nicht erst kommen, und ein Einbruch von 5-10% der Behandlungen ist nicht unwahrscheinlich. Was das bei einem Umsatz von ca. Mio. Euro im Jahr wirtschaftlich bedeutet, liegt auf der Hand.
5. Die Klinik kann an Glaubwürdigkeit verlieren, der Ruf kann beschädigt werden mit unabsehbaren Auswirkungen auf klinisches und wissenschaftliches Renommé (Können wir in Zukunft als exzellent gelten?).
6. Strafverfolgung Einzelner ist möglich.
7. Großer politischer Schaden droht.
8. Vielleicht sind Rücktritte notwendig.

Die Bewältigung der Krise

Wie haben wir die Krise verarbeitet, ja sie auch gelöst und wie haben wir die Krise kommuniziert?

Es gelang uns die Krise schließlich zu überwinden, und dieser Erfolg ruhte auf mehreren Faktoren:

der Aufklärung des Sachverhaltes,
Umgang mit den Mitarbeitern
einer adäquaten Kommunikation.

Zunächst zur Ursachenforschung. Diese begann eigentlich schon vor der Krise, nämlich dadurch, dass immer eine Rückstellprobe genommen wurde, obwohl in über 10 Jahren niemals eine Verkeimung vorgekommen war. Auch ist eine solche Rückstellprobe nicht überall üblich. Hierdurch aber konnten wir die Verkeimung überhaupt erst bemerken und so schnell wie möglich reagieren. Außerdem waren wir in der Lage, die verursachenden Keime zu isolieren und weiter zu untersuchen. In der gleichen Weise wurden alle verabreichten Infusionen untersucht, Blutproben entnommen und weitere Untersuchungen durchgeführt, sodass bald feststand, dass eine Verkeimung nicht auf Station geschehen war, sondern von einer Infusion ausgehen musste. Dies war auch die allerwahrscheinlichste Ursache und belastete uns sehr, denn Infusionen werden in einem sterilen Prozess in der Industrie hergestellt und Verkeimungen waren bis dahin als ab-

solute Rarität angesehen worden. Die Gefahr einer Verkeimung bei der Handhabung durch Mitarbeitende ist hingegen viel größer, so dass wir von einer Verkeimung durch unsere Weiterbearbeitung ausgehen mussten.

Die Wachstumsexperimente mit Bakterien

In den folgenden Tagen wurden Wachstumsexperimente mit den Bakterien vorgenommen und die Ergebnisse mit den Zahlen der Bakterien in den Infusionen verglichen. Dabei wurde festgestellt, dass die Zahl der Keime in den gemischten Infusionen extrem hoch war und zwar deutlich höher, als wir sie bei den Wachstumsexperimenten mit dem genetisch identischen Keimen feststellen konnten. Das bedeutete im Umkehrschluss, dass entweder eine große Zahl von Keimen in eine Flasche eingebracht worden war oder aber die Keime deutlich mehr Zeit gehabt hatten sich zu vermehren. Mögliche Erklärungen dafür wären wiederum zum einen **Sabotage** mit Keimeinbringung oder zum anderen, dass der Keim bereits längere Zeit vor der Zubereitung auf irgendeinem Weg in die Flasche gekommen sein musste.
Nun muss man wissen, dass Keime, wenn sie leben und vor allem, wenn sie sterben sogenannte **Endotoxine** produzieren. Dies sind Zellgifte, die die Keime ausscheiden, die aber auch freigesetzt werden, wenn die Keime absterben und zerfallen. Eine Bestimmung dieser Toxine wiederum ergab, dass die Endotoxinkonzentration, die sich in der Infusion befand, viel höher war, als es der ohnehin schon hohen Keimzahl entsprach. Das heißt, dass damit der Beweis angetreten war, dass die Keime schon vor der Zubereitung der individuellen Infusionen für die Kinder in der Apotheke der Universitätsmedizin in die Infusionen gelangt sein mussten.

Prinzipien der Krisenbewältigung

Was sich hier so leicht anhört, ist jedoch nicht so selbstverständlich. Tatsächlich war ein solcher Nachweis der Verkeimungskette und seines zeitlichen Zusammenhanges bisher noch niemals angetreten worden. Auch brauchen diese Wachstumsexperimente und Analysen Zeit, so dass wir erst ca. fünf Tage nach den Geschehnissen die Ergebnisse kannten. Zum Zeitpunkt des Todes der Kinder mussten wir noch davon ausgehen, dass wahrscheinlich wir selbst die Verursacher der Verkeimung waren. Während die Sachaufklärung langsam aber sicher Licht in die Geschehnisse brachte, mussten die Ereignisse parallel rund um die Uhr kommuniziert werden: an die Patientinnen und Patienten, die Mitarbeitenden, die Behörden und auch die gesamte Öffentlichkeit.
Dabei setzten wir uns folgende Prinzipien:

1. Wir wollten von Anfang an die Initiative ergreifen, offen und ehrlich sein.
2. Es sollten immer unser Respekt und unsere aufrichtige Betroffenheit gegenüber den Patientinnen und Patienten und den Angehörigen zum Ausdruck kommen.
3. Wir wollten Behörden, Politik, aber eben auch Öffentlichkeit und Medien in den Prozess der Aufklärung mit einbeziehen, um unsere Glaubwürdigkeit und unseren Ruf zu erhalten.

Um zu verdeutlichen, wie ernst wir es damit meinten, erfolgte die Information der Medien überwiegend über den Vorstandsvorsitzenden; wegen der Fülle der Anfragen zudem durch wenige festgelegte Sprecher und Interviewpartner. Wir legten die Hauptbotschaften fest, ebenso wie mögliche Bilder und Drehmotive, wobei der Grundsatz gewahrt wurde, dass alle direkt Beteiligten, d.h. sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitarbeitende, zu schützen waren. Regelmäßige Pressemitteilungen und Pressekonferenzen sollten das Informationsbedürfnis stillen.

In allen Mitteilungen sollte deutlich werden:
1. unsere tiefe Betroffenheit und Anteilnahme
2. unsere Übernahme von Verantwortung und
3. unser Wille zur Aufklärung.

Faktoren für die schnelle Lösung und Beilegung der Krise

Hierdurch wollten wir die Universitätsmedizin als zuverlässige und ständig erreichbare Informationsquelle darstellen und unsere Glaubwürdigkeit unterstreichen. Dazu gehörten auch eine enge und offene Zusammenarbeit mit den Behörden und die Einberufung einer externen Expertengruppe, die international besetzt war. Dies diente dazu, die Prozessqualität zu untersuchen, unabhängigen Sachverstand hinzuzuziehen und ein Zeichen zu setzen, dass wir nichts zu verbergen haben. Was waren nun die Faktoren, die wir letztendlich zur Lösung der Krise und ihrer schnellen Beilegung nach gerade einer Woche beitrugen? Ich sehe folgende wichtige Faktoren.

Umgang mit den Patienten und den Angehörigen

Die Offenheit gegenüber den Familien hat diesen Gelegenheit gegeben uns weiterhin zu vertrauen. Sie wussten alles, was

auch wir wussten, waren immer über alle Maßnahmen bei den Kindern informiert und erlebten zwar Unsicherheit und offene Fragen, aber immer in dem Bewusstsein, dass sie vollständig informiert waren und ihnen nichts verheimlicht wurde. Das Vertrauen war so groß, dass weder während der Krisenzeit noch danach irgendeine Patientin oder ein Patient das Krankenhaus verlassen hat, niemand mit den Medien in Kontakt trat, und bis heute auch keine juristische Aufarbeitung gesucht wurde.

Umgang mit den Mitarbeitenden

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universitätsmedizin haben uns aus der Krise gerettet. Und zwar sowohl diejenigen, die direkt an dem Geschehen beteiligt waren, als auch diejenigen, die darüber hinaus maßgeblich zu ihrer Aufklärung beitrugen. Durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger der Klinik wurden die erkrankten Kinder optimal behandelt und Schlimmeres verhindert. Die Mitarbeitenden, welche die verhängnisvollen Infusionen zusammengestellt hatten, mussten anfänglich davon ausgehen, dass sie Fehler gemacht hatten, die sie sich gar nicht erklären konnten und Anteil an der Erkrankung und dem Sterben von Kindern hatten. Sie waren in einer fürchterlichen Situation. Auch mit den Mitarbeitenden haben wir intensiv gesprochen, sie getröstet, rückversichert, Zuspruch gegeben und auch psychologische und seelsorgerische Hilfe angeboten.

Als gerade diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor der externen Expertenkommission, vor Polizei und vor Staatsanwaltschaft die Verfahrensweise

Foto: © Andrey Popov/fotolia.com

noch einmal vorstellten, taten sie es derart überzeugend, dass sich alle einig darüber waren, dass die Ursache der Verkeimung nicht hier liegen konnte. Es wäre absolut verständlich gewesen, wenn die Mitarbeitenden krank geworden wären oder aus Sorge vor einer möglichen Selbstbelastung die Kooperation verweigert hätten. Das haben sie nicht getan.

Die Rolle der Wissenschaftler: Die Wissenschafter haben unermüdlich nicht nur die notwendigen Untersuchungen vorgenommen, sondern unter großem Zeitdruck und in großer Geschwindigkeit auch eine neue Methode zur zeitlichen Bestimmung der Verkeimung ersonnen. Die Dinge haben sich eben nicht von selber geklärt, sondern sie mussten geklärt werden. Schließlich mussten diese komplexen Sachverhalte so vermittelt werden, dass Öffentlichkeit und Behörden sie verstehen und nachvollziehen konnten. Wir als Universitätsangehörige sind Lehrer bzw. Hochschullehrer. Wissensvermittlung ist unsere Aufgabe. Sie hat sogar funktioniert, als Trittbrettfahrer aufsprangen. So haben Medien und Öffentlichkeit zumindest zum Teil den Unterschied zwischen einer allgemeinen Hygienedebatte und den Vorgängen in Mainz verstanden.

Fazit

Die Krise hat nicht nur ein großes unmittelbares Medienecho hervorgerufen, sondern auch ein kleineres, langfristiges: was bis heute nachwirkt, ist, dass der

Umgang der Mainzer mit dieser Krise gewürdigt wurde und nach wie vor gewürdigt wird. Immer wieder wird angeführt, dass Mainz in ganz atypischer Weise die Probleme offen und ehrlich angegangen ist und dass alle Beteiligten bei der Wahrheit geblieben sind. Das Echo hierauf war fast einhellig positiv, doch wurde von manchen auch eine gewisse Blauäugigkeit bezüglich der Gefahren attestiert, und Juristen waren schlichtweg entsetzt.

Nach wie vor bin ich überzeugt, dass es in den meisten Krisen richtig ist, die Wahrheit zu sagen:

1. Die Wahrheit ist notwendig zur Aufklärung. Weitere Fehler können nur vermieden werden, wenn man den Dingen auf den Grund geht, sie aufdeckt. Sie kann nicht zweigeteilt werden für einen internen Gebrauch und für eine äußere Darstellung.

2. Reicht die Gefährdung über den unmittelbaren Einflussbereich hinaus, ist es eine Pflicht darauf hinzuweisen, dass man selber in die Grube gefallen ist, damit andere davor bewahrt werden können.

3. Nur die Aufklärung der Geschehnisse gibt einem für die Zukunft die nötige Sicherheit, um weiter arbeiten zu können. Was unter den Teppich gekehrt wird, bleibt im Dunkeln.

4. Unser Rechtssystem verlangt nach Wahrheit. Der Beschuldigte kann schweigen oder die Unwahrheit sagen. Der Zeuge muss die Wahrheit sagen. In einem Geschehnis wie diesem ist man zunächst Zeuge. Viele sind Zeugen und nur wenige Beschuldigte.

5. Wahrheit ist ein Teil unserer Philosophie und nicht nur ein christliches Gebot. So wie jede Religion und Philosophie den Wert der Wahrheit anerkennt und sich der destruktiven Kraft tolerierter Unwahrheit und fehlender Aufrichtigkeit für eine Gesellschaft bewusst ist.

6. Unsere Informationsgesellschaft verlangt nach Information. Auch wenn eine gewisse „Lust am Grauen“ nicht fehlt, verlangt sie doch immer mehr nach wahrer Information, wie die Reaktionen auf andere Krisen der letzten Zeit zeigen.

7. Eine Krise an der Universität kann nur durch Wahrheitssuche beantwortet werden. Wenn nicht wir, wer sollte dann nach der Wahrheit suchen? Am Kollegiengebäude der Universität in Freiburg prangt in goldenen Lettern der Schriftzug: „Die Wahrheit wird euch frei machen.“ Jeder wird zustimmen, wenn auch nur wenige wissen, dass das Zitat aus einem ganz anderen Zusammenhang, dem Johannes-Evangelium, stammt.

Doch: Wenn das so überzeugend ist, warum behandeln wir Krisen dann nicht wahrhaftig? Eine Krise ist anfänglich meist sehr unübersichtlich, man irrt sich in der Bewertung der Geschehnisse und oftmals wird die Dimension verkannt. Aber selbst wenn dies nicht der Fall ist, sind die Hürden, die Wahrheit zu sagen und insbesondere mögliche Schuld einzugestehen, hoch:

Haftpflichtversicherer nehmen Einfluss und hoffen, dass selbst klare Verantwortlichkeiten nicht zur Schadensregulierung führen. **Juristen** raten, mögliche Belastungen zu vermeiden. Viel entscheidender ist jedoch, dass es an einer ausgeprägten **Fehlerkultur** mangelt: Der Mitarbeiter, der scheinbar fehlerlos agiert, erscheint uns oft im besseren Licht, als derjenige, der Fehler – möglicherweise sogar wiederholt – zugeben muss.
Der Hauptgrund dafür, dass wir die Wahrheit verschweigen, ist jedoch eines: **fehlender Mut**. Ingeborg Bachmann hat einmal in einem bemerkenswerten Vortrag gesagt: **„Die Wahrheit ist zumutbar.“** Ich möchte ergänzen: sie ist zumutbar für den, der sie hören, und für den, der sie sagen muss. Aber es braucht **Mut** und **Entschlossenheit**. Die hat jedoch nicht jeder von uns und nicht an jedem Tag, auch ich nicht. Aber man kann Menschen Mut machen, solche Situationen durchzustehen.

Eine Krise steht niemand alleine durch. Man braucht Mitarbeitende, die motiviert sind, Juristen, die aus ihrer Haut herausschlüpfen, und vor allem Freunde, die einen stützen. Und wie ich finde, gibt es hoffnungsvolle Zeichen hier in Mainz:

Die Öffentlichkeit honorierte das aufrichtige Bedauern, das Eingeständnis von möglicher Schuld und die Suche nach der Wahrheit. Wenn die Entlastung nicht eingetreten wäre, wäre es sehr schlimm gewesen, aber wir hätten neu starten können. Zudem macht das Beispiel Mainz Mode. Wie mir ein Leiter einer Krisenkommunikation die zwei Klinikketten berät, erzählte, raten auch sie seit den Mainzer Ereignissen ihren Klienten zu Offenheit, ja geradezu zu schonungsloser Offenheit. Damit führen sie viel besser als in der Vergangenheit.

Kommunikationsdaten des Autors:
Professor Dr. Norbert Pfeiffer
Stellv. Medizinischer Vorstand
der Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz

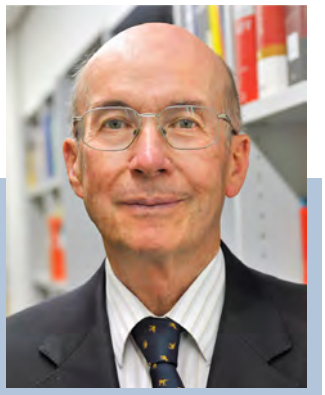
RA Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer*

Auf dem Pulverfass – Risiko und Risikominimierung für Geschäftsführer[1]

I.

Durchmustert man in der Judikatur die Fülle arzthaftungsrechtlicher Entscheidungen, zeigen sich in den letzten 20 Jahren zunehmend Organisationsfehler als Ursache für Klagen auf Schadensersatz und Schmerzensgeld oder staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung bzw. fahrlässiger Tötung. Individuelle Behandlungs- und Aufklärungsfehler dominieren das Haftungsrecht zwar nach wie vor, aber mehr und mehr ist bei der Fehleranalyse festzustellen, dass die Fehlentscheidungen einzelner Ärzte oder Pflegekräfte bei der Patientenbehandlung auf organisatorischen Defiziten im Krankenhaus oder der Arztpraxis beruhen.[2] Die zu spät vorgenommene Sectio, die ungenügende postoperative Überwachung eines Patienten oder die unterbliebene Kernspintomographie können auf mangelndes Wissen, fehlende Erfahrung oder Unachtsamkeit des jeweils verantwortlichen Arztes zurückzuführen sein, aber vielfach ist dessen individueller Verstoß gegen den medizinischen Standard eng mit Strukturmängeln im Bereich „der personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung des Krankenhauses oder bei der Planung und Gestaltung von Abläufen“[3] verwoben.

Mit fortschreitender Arbeitsteilung durch Spezialisierung und Subspezialisierung der medizinischen Fachgebiete, neuen Strukturen im Gesundheitswesen durch die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung und der medizinischen Versorgungszentren, sowie infolge des Einsatzes immer aufwändigerer technischer Geräte sind nicht nur neue Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten geschaffen worden, sondern auch neue spezifische Gefahrenquellen entstanden. Denn „je größer die Zahl der an Diagnose und Therapie beteiligten Ärzte und Hilfskräfte, je komplizierter und gefährlicher die apparativen und medikamentösen Mittel, je komplexer das arbeitsteilige medizinische Geschehen in einem großen Betrieb, desto mehr Umsicht und Einsicht erfordern Planung, Koordination und Kontrolle der klinischen Abläufe“[4].



RA Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer

II.

Da aus der Sicht ex post organisatorische Schwachstellen und notwendige strukturelle Verbesserungen bei der Patientenbehandlung relativ leicht zu erkennen sind, stellt die Rechtsprechung im Interesse von Schutz und Sicherheit der Patienten insoweit hohe Anforderungen.[5] Wer diese zu erfüllen hat, ist im Regelfall in einer Geschäftsordnung bzw. der Krankenhaussatzung und den jeweiligen Dienstverträgen der Verantwortlichen festgelegt. Hinsichtlich der haftungsrele-

* Vortrag gehalten beim 38. Deutschen Krankenhaustag am 17.11.2015

1 Vgl. Bruns, Arztrecht 2003, 60,64

2 Bock/Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 5. Aufl. 2015, RdNr. 177.

3 Bock/Ulsenheimer, aaO, RdNr. 177; Bruns, Arztstrafrecht 2003, 60; Kudlich/Schulte-Sasse, NStZ 2011, 241, 244.

4 Laufs/Kern, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl 2010, § 101, RdNr 1; weitere Nachweise bei Graf/Felber/Lichtmanegger, Risikomanagement im Krankenhaus, 2003; Berg/Ulsenheimer (Hrsg.), Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 2006

5 Steffen, FS Deutsch, 1999, 809.

vanten fachlich-medizinischen Bereiche liegt die organisatorische Zuständigkeit kraft Natur der Sache beim Ärztlichen Direktor, der Pflegedirektion sowie bei den Chef- und leitenden Abteilungsärzten. Die Organisationsverantwortung folgt insoweit also der fachlichen Zuständigkeit. Für die allgemeine Verwaltung dagegen, für das Rechnungs- und Personalwesen, Einkauf und interne Revision, Qualitäts- und Risikomanagement, die Einhaltung rechtlicher Vorgaben und Compliance ist die Geschäftsführung verantwortlich.

Zu ihrem Aufgabenbereich gehört drüber hinaus aber auch die Koordinierung der Abläufe, ihre Sicherstellung, die Überwachung der Angestellten des Krankenhauses und der von ihnen vorzunehmenden Tätigkeiten. Denn jede Aufgabendelegation ist untrennbar mit einer insoweit vorgegebenen Kontrollpflicht verbunden, so dass die Krankenhausleitung als oberstes Exekutivorgan in doppelter Hinsicht einem Haftungsrisiko ausgesetzt ist: Zum einen geht es um die Frage, ob und inwieweit die übertragenen Leistungen delegierbar waren, und, wenn ja, zum anderen um die notwendige Überwachung ihrer ordnungsgemäßen Durchführung. Dabei muss der Geschäftsführer natürlich nicht stets in Person tätig werden, sondern kann sich sachkundiger Helfer mit dem notwendigen Wissen und der erforderlichen Erfahrung bedienen.

III.

In der Vergangenheit haben sich diese Risiken zwar durchweg nicht zu Lasten der Geschäftsführer oder – je nach der Rechtsform des Krankenhauses – vergleichbarer Leitungskräfte in Gestalt persönlicher Haftungsprozesse oder Strafverfahren niedergeschlagen.[6]

1. Denn im Zivilrecht besteht kaum ein Interesse auf Seiten des geschädigten Patienten, die „Organisationsverantwortung nach den persönlichen Verursachungsbeiträgen involvierter Leitungspersonen“ – also der Geschäftsführer oder Vorstände – aufzuschlüsseln.[7] Wenn feststeht, dass das Krankenhaus für diesen oder jenen Schaden einstehen muss, hat der Kläger einen solventen Schuldner, so dass eine etwaige persönliche Verantwortung des Geschäftsführers für ihn ohne Bedeutung ist. Hinzu kommen die den Kläger treffenden Beweisprobleme, insbesondere bei der Kausalität,[8] und das Risiko, insoweit den Prozess zu verlieren und diesen Teil der Kosten des Rechtsstreits damit tragen zu müssen.[9]

   Auch das Krankenhaus und die Ärzte sind an einer detaillierten Beleuchtung der innerbetrieblichen Strukturen, an der Aufdeckung etwaiger Mängel und der genauen Zuweisung der Verantwortung nicht interessiert, da dies zu internen Spannungen, Differenzen und einer Vergiftung des Arbeitsklimas führen, den Ruf aller schädigen würde und „den sicheren Prozessverlust zur Folge hätte“.[10] So führt der Gleichklang der Interessen von Kläger und Beklagten dazu, dass im Schadensersatzprozess der „Streitgegenstand“ meist nur „das unmittelbare Behandlungsgeschehen und medizinische Detailfragen“[11] umgreift. „Die fehlende Befassung mit der Person und dem Verhalten des Krankenhaus-Geschäftsführers“ sind eine „Folge der „Spielregeln“ des Arzthaftpflichtprozesses“, wie Bruns vor einigen Jahren feststellte“,[12] aber sie sind keineswegs „zwingend“.[13]

   Das zeigt z.B. das rechtskräftige Urteil des Landgerichts Mainz:[14]

   > In diesem Fall war eine Medizinstudentin im 10. Semester als alleinige Nachtwache zur postoperativen Betreuung einer Risikopatientin eingesetzt. Infolge mangelnder Kenntnisse und Erfahrung unterliefen der Studentin mehrere gravierende Behandlungsfehler, so dass die Patientin einen Atem- und Kreislaufstillstand erlitt, der zu einem irreparablen Hirnschaden mit anschließendem Wachkoma führte. Das Landgericht verurteilte sowohl den Klinikträger als auch den Geschäftsfüher persönlich zu Schadensersatz und Schmerzensgeld, weil die

[6] Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65, 68.
[7] Neelmeier, Organisationsverschulden patientenferner Entscheider und einrichtungsbezogene Aufklärung, 2014, S. 91.
[8] Neelmeier, aaO., S. 257; Denzer, Arzt und Krankenhaus 2012, 4, 6.
[9] Bruns, Arztrecht 2003, 60, 63.
[10] Bruns, aaO, S. 63
[11] Bruns, aaO, S. 63
[12] Bruns, aaO, S. 63
[13] Bruns, aaO, S. 63
[14] Arztrecht 2014, 285, 291

Foto: © Olivier Le Moal/fotolia.com

zur postoperativen Nachtwache eingesetzte Studentin zur Erfüllung ihrer Aufgaben völlig ungeeignet war und damit ein eklatanter Organisationsfehler auf Seiten der Klinikleitung vorlag. Die Studentin ihrerseits traf, wie in derart gelagerten Fällen häufig, ein Übernahmeverschulden.

2. Ähnlich ist die Situation im Strafrecht. Soweit ersichtlich, findet sich in der veröffentlichten Spruchpraxis der Gerichte kein Urteil gegen den Geschäftsführer eines Krankenhauses wegen fahrlässiger Tötung oder fahrlässiger Körperverletzung und die Strafverfolgungsorgane sparen diesen Bereich auf der Leitungsebene des Krankenhauses fast durchweg aus.[15] Denn im Strafrecht geht es um individuelle Schuld, um einen persönlichen Schuldvorwurf, und dieser richtet sich natürlich zunächst einmal und vorrangig gegen den unmittelbar handelnden, im Blickpunkt des Geschehens stehenden Arzt oder andere unmittelbar Beteiligte, nicht jedoch gegen eine im Hintergrund tätige Führungsperson, die in das eigentliche Tatgeschehen nicht involviert und nur mittelbar über die Organisationsverantwortung beteiligt ist. „Arbeitsteiliges Zusammenwirken in hoch komplexen Gebilden führt dazu, dass die Beziehungen zwischen Erfolg, Täter und Tat unklar werden und nicht jedem Schädigungserfolg eine individuell schuldhafte Handlung zugrunde liegt".[16] Das Risiko, einem Strafverfahren ausgesetzt zu sein oder gar verurteilt zu werden, nimmt deshalb in Kliniken wie auch sonst in Unternehmen mit zunehmender Distanz von dem tödlichen Zwischenfall oder der konkreten Gesundheitsschädigung ab.[17] Die „Haftungsvervielfachung" macht die Täterauswahl schwierig,[18] zumal manchmal auf Seiten der Staatsanwaltschaft das „Wissen der krankenhausinternen Vorgänge" fehlt.[19]

Hinzu kommt, dass ein beschuldigter Arzt, der wortreich seine Überbeanspruchung, die Personalknappheit oder Ausstattungsmängel im Strafprozess geltend macht, in mehrfacher Hinsicht gravierende negative Folgen für sich befürchten muss: Zum einen bereitet er den Boden für den Vorwurf eigenen Übernahmeverschuldens vor, zum anderen kann das bisher als fahrlässiges Handeln eingestufte Verhalten als „billigende Inkaufnahme" der ihm bekannten möglichen Folgen und damit Vorsatz gewertet werden.[20] Ferner darf nicht außer Acht bleiben, dass Anschuldigungen gegen den

[15] Ebenso Kudlich/Schulte-Sasse, NStZ 2011, 241, 244; Bruns, aaO, S. 60 ff, S. 64. Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65, 68
[16] Beck, Probleme individueller strafrechtlicher Verantwortlichkeit in Kliniken, MedR 2011, 471, 474
[17] Kudlich/Schulte-Sasse, NStZ 2011, 241, 244 Anm. 40: „Den direkt am Patienten handelnden Arzt trifft es fast immer, den „patientenferner" Entscheider bisher fast nie". Ein gegenteiliges Beispiel bringt Dann, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, 2015, S. 95 (Anklage gegen den Geschäftsführer eines Krankenhauses , weil man in der Sterilisationsabteilung verrostete Scheren gefunden hatte, Verstoß gegen § 40 Abs. 1 Nr. 1 MPG).
[18] Beck, aaO, S. 474
[19] Bruns, aaO, S. 63.
[20] Beck, aaO, S. 475
[21] Dann, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, 2015, 96
[22] Weitere instruktive Beispiele bei Bruns, Arztrecht 2003, 60, 61 ff

Geschäftsführer in einer öffentlichen Hauptverhandlung mit ziemlicher Sicherheit eine gedeihliche Zusammenarbeit in der Zukunft ausschließen und daher den Arbeitsplatz gefährden. Ich habe noch gut in Erinnerung, wie ich einmal im Rahmen eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens schriftsätzlich Argumente vortrug, die der Staatsanwalt zum Anlass nahm, das Ermittlungsverfahren auch auf den Geschäftsführer zu erstrecken. Wenige Tage später erhielt meine Mandantin die außerordentliche Kündigung!

3. Da bei Fahrlässigkeitsdelikten jede für den Tod oder die Körperverletzung eines Patienten ursächliche Sorgaltspflichtverletzung, mag sie auch noch so fernliegend und im Vergleich zu anderen Faktoren irrelevant sein, zur Begründung von „Täterschaft" – allein oder neben anderen – genügt, ist die strafrechtliche Verantwortlichkeit von Krankenhaus-Geschäftsführern keine abstrakte „graue Theorie". Es handelt sich vielmehr um eine höchst aktuelle Problematik, die früher selten[21] behandelt wurde, aber in der strafrechtlichen Literatur der letzten Jahre wiederholt unter dem Titel „Der Täter hinter dem Täter" diskutiert wird. Insbesondere vor dem Hintergrund des durch die Ökonomisierung der Medizin ausgelösten Kostendrucks und hochgesteckter Gewinnziele für Krankenhäuser sowie der dadurch verursachten Einsparungszwänge zeigt sich für die Führungsebene hier ein „Pulverfass", das jederzeit „explodieren" kann. Dies gilt vor allem für die strafrechtlichen Folgen, die den Geschäftsführer persönlich und höchst unmittelbar treffen, während die zivilrechtliche Haftung normalerweise durch die entsprechende Versicherung abgedeckt ist und deshalb als nicht so bedrohlich empfunden wird.

4. Lassen Sie mich dies anhand einiger Beispiele[22] verdeutlichen:

   (1) In einem schon länger zurückliegenden Strafverfahren ging es vor dem Amtsgericht Stade um einen tödlichen Infusionszwischenfall.

   Die zuständige Stationsärztin hatte bei einem Kleinkind die Gabe einer Infusion angeordnet, den Infusionsvorgang selbst aber in der Folgezeit nicht mehr überwacht. Weil das Gerät, anders als vorgesehen, nach dem Durchlaufen der Infusion kein Alarmsignal gab, bemerkte die Krankenschwester nicht, dass in den Körper des Kindes Luft einströmte und eine tödliche Luftembolie auslöste.

Die Staatsanwaltschaft warf der Ärztin vor, sich beim Anlegen der Infusion nicht von der Funktionstüchtigkeit des Infusionsgeräts überzeugt und deshalb zugelassen zu haben, dass mit einer defekten Apparatur gearbeitet wurde. Außerdem habe sie ebenso wie die Krankenschwester ihre Überwachungspflichten verletzt.
Zu Recht hat jedoch das Amtsgericht Stade beide Angeklagten freigesprochen.[23] Denn die Ärztin durfte auf die pflichtgemäße Durchführung der Infusion durch die examinierte Krankenschwester vertrauen und beide waren nicht verpflichtet, das Infusionsgerät vor jedem Einsatz persönlich zu überprüfen.[24] Sie durften sich insoweit auf die laufende Wartung und Pflege des Infusionsgeräts durch den Krankenhausträger verlassen. Die Vornahme dieser Maßnahmen hatte die Verwaltung jedoch verabsäumt, so dass der Richter in seiner mündlichen Urteilsbegründung sehr deutlich werden ließ, dass hier die „Falschen" vor Gericht standen. Die eigentliche strafrechtliche Verantwortlichkeit liege beim KH-Geschäftsführer, da zu seinem Aufgabengebiet der Abschluss von Wartungsverträgen für komplizierte, laufend zu überprüfende technische Geräte gehörte. Ob es nach diesen Ausführungen des Vorsitzenden Richters zu einem Strafverfahren gegen den Geschäftsführer gekommen ist, entzieht sich meiner Kenntnis, dürfte aber nach aller Erfahrung eher zu verneinen sein. Denn die Verantwortlichkeiten für das tragische Geschehen waren in der öffentlichen Hauptverhandlung geklärt worden, dem Untersuchungsinteresse insofern Genüge getan und die Pflichtverletzung des Geschäftsführers mutmaßlich verjährt.

[23] Urteil vom 14.4.1981, Az. 31 Ls 5 Js 474/80 – 122/80
[24] BGH NJW 1975, 2245; Ulsenheimer, Medizintechnik 1992, 143 ff
[25] BGH VersR 1974, 804 = NJW 1974, 1424; BGH NJW 1983, 1374 ff; 1985, 2189; BGH NJW 1993, 2989; OLG Köln, NJW 1972, 2205; OLG Zweibrücken, VersR 1988, 165 f; siehe auch die gemeinsame Stellungnahme von BDA und DGAI in der Münsteraner Erklärung II, Anästhesiologie & Intensivmedizin 2007, 223; dazu Ulsenheimer/Biermann, Der Anästhesist 2007, 313 ff.

(2) Ein zweiter Fall:

> Bei der Operation eines gesunden und sportlichen jungen Mannes, der wegen chronischer Mittelohrentzündung eine Tympanoplastik erhalten sollte, kam es gut eine Stunde nach Narkoseeinleitung zu einem Blutdruck- und Herzfrequenzabfall, so dass der Patient reanimiert werden musste. Am Folgetag zeigte das MRT Hinweise auf einen hypoxischen Hirnschaden, den der Patient zwar überlebte, doch ist er schwerstgeschädigt und wird ein lebenslanger Pflegefall bleiben.

In diesem Fall wurde die Narkose ohne Aufsicht eines Anästhesisten von einem Narkosepfleger, einem sog. MaFa (medizinischer Assistent für Anästhesie), selbständig eingeleitet und im Anschluss daran von ihm auch betreut. Der Einsatz dieses beruflich noch wenig erfahrenen Anästhesie-Assistenten, der lediglich wenige Wochen zuvor eine hausinterne Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen hatte, war von der Geschäftsleitung des Klinikums angeordnet worden, die ihrerseits aus Kostengründen ein entsprechendes Konzept der Konzern-Geschäftsführung umzusetzen hatte. Dieses sog. MaFa-Konzept widersprach der völlig eindeutigen, schon vor Jahren formulierten Stellungnahme der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Berufsverband Deutscher Anästhesisten) zur sog. Parallelnarkose sowie der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach die Vollnarkose eine ausschließlich ärztliche Tätigkeit ist und regelhaft nicht auf nachgeordnete Pflegekräfte übertragen werden darf.[25]

Die Staatsanwaltschaft leitete gegen die Verantwortlichen der Klinikleitung, den Leiter der Anästhesieabteilung, den zur Aufsicht eingeteilten Anästhesie-Oberarzt und den Narkosepfleger Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung ein, die jedoch mit Ausnahme gegen den zuständigen Anästhesie-Oberarzt mangels hinreichenden Tatverdachts nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt wurden. Dieser erhielt einen Strafbefehl über 90 Tagessätze, die als „Verwarnung mit Strafvorbehalt“ ausgesprochen, also praktisch zur Bewährung ausgesetzt wurden[26] – ein glimpfliches Ende für alle Betroffenen. Der Klinikkonzern gab jedoch das MaFa-Konzept aufgrund dieses Zwischenfalls, der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen und der Kritik des wissenschaftlichen medizinischen und juristischen Schrifttums auf.

Der Fall macht deutlich, dass die für die Organisation Verantwortlichen einschließlich der Geschäftsführung sich dem Vorwurf eines Organisationsverschuldens aussetzen, wenn sie wirtschaftliche Interessen, Kosteneinsparung und Gewinnstreben höher ansetzen als die Sicherheitsinteressen der Patienten, die wegen des potentiell hohen Risikos jeder Narkose, der Lebensbedrohlichkeit narkosebedingter Zwischenfälle und der außerordentlich kurzen Reaktionszeit für Gegenmaßnahmen gefährdet sind. Schon vor über 30 Jahren hat der BGH in einem Zivilrechtsstreit, in dem es gleichfalls um einen Narkosezwischenfall bei einer Parallelnarkose infolge Personalknappheit ging, ausdrücklich betont, der gebotene Sicherheitsstandard dürfe nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden. Dies zu verhindern, sei Aufgabe der Leitenden Ärzte, aber auch des Krankenhausträgers, dessen Mitverantwortlichkeit – und damit die der Geschäftsführung – der BGH uneingeschränkt bejahte. Wörtlich heißt es in dem Urteil:

> „Die Anästhesieabteilung war personell unterbesetzt, der Operationsbetrieb nur durch vermehrten Einsatz der Ärzte (also durch Ableistung zahlreicher Überstunden mit der Folge einer zusätzlichen Gefährdung der Patienten wegen Übermüdung der Ärzte) durchzuführen. … Alle Beteiligten wussten, dass u.U. im Einzelfall der zum Schutz und zur Sicherung der Patienten erforderliche Standard der Anästhesieversorgung nicht eingehalten werden konnte“. Dies durfte der Krankenhausträger nicht hinnehmen. Um seinen Pflichten nachzukommen und zum Schutze der Patienten hätte der Krankenhausträger dafür Sorge tragen müssen, dass in seiner Klinik nur Operationen durchgeführt werden, die anästhesiologisch

[26] Darstellung des „Erfurter Narkosezwischenfalls“ Ellbogen, Strafrechtliche Folgen der Delegation ärztlicher Aufgaben, Arzrecht 2008, 312. Zur Entscheidung des AG Erfurt, Strafbefehl vom 2.2.2010, 46 Cs 102 Js 27948/06; zur Einstellungsverfügung der StA Erfurt vom 20.1.2010, Az. 102 Js 27948/06.

[27] AG Köln, Urteil vom 16.5.2012, Arzt & Medizinrecht kompakt, 2013, S. 2

ordnungsgemäß betreut werden konnten". Daraus folgert der BGH: „Solange nicht genügend Anästhesisten zur Verfügung stehen, muss der Krankenhausträger auf eine Ausweitung seiner operativen Abteilungen verzichten und weiter anordnen, dass nach Erschöpfung der jeweils vorhandenen Kapazität die Patienten an andere Krankenhäuser zu verweisen" sind (BGH, NJW 1994, 1597, 1598).

(3) Ein drittes Beispiel:[27]
Eine junge Assistentärztin, im Jahre 2009 approbiert, war seit Mitte Oktober 2010 an einer großen Kölner Klinik beschäftigt. Am 30.7.2011 – also rund ein Dreivierteljahr nach Beginn des Arbeitsverhältnisses – transfundierte sie im Rahmen ihres 24-Stunden-Notdienstes an einem Samstag einem 63-jährigen Patienten eine falsche Blutkonserve.

Etwa 10 Minuten nach Beginn der Transfusion erbrach der Patient und musste reanimiert werden. Es kam zu einer Entgleisung des Gerinnungsystems, die trotz einer Blutaustauschtransfusion und intensivmedizinischer Maßnahmen am folgenden Tag zum Tod des Patienten führte.

Das AG Köln sah die rechtlichen Voraussetzungen der fahrlässigen Tötung bei der Ärztin als erfüllt an, da sie infolge der Verwechslung der verabreichten Blutkonserve einen vermeidbaren Behandlungsfehler begangen hatte. Ihre Schuld liege jedoch „am untersten Rand des Denkbaren", da sie „durch gravierende organisatorische Mängel des Krankenhauses in eine Situation gebracht worden" sei, in der sie „aufgrund ihres allgemeinen Erschöpfungszustandes kaum noch in der Lage war, ihre Verantwortlichkeit angemessen wahrzunehmen". Denn zum Zeitpunkt der Transfusion hatte die Ärztin bereits 63 Wochenstunden mit sich anschließendem, mehr als 12-stündigem ununterbrochenem Notdienst absolviert. Dass dies arbeitsrechtlich unzulässig war, ist rechtlich nicht streitig. Aber in der mündlichen Urteilsbegründung prangerte der Richter darüber hinaus diesen organisatorischen Mißstand als skandalös an und ließ keinen Zweifel daran, dass „strafrechtliche Vorwürfe in vergleichbaren Fällen sich auch auf Verwaltungsträger erstrecken könnten". Denn sie seien persönlich – zumindest – mitverantwortlich „für Klinikausstattung, Einsatzpläne und Ärztemangel", so dass ihre strafrechtliche Haftung begründet sei, sofern es dadurch zu einem Behandlungsfehler mit tödlichen Folgen komme.

(4) Daneben drohen sowohl den Chefärzten als auch dem Geschäftsführer des Krankenhausträgers (§§ 9, 130 OWiG) infolge des Verstoßes gegen die Ruhezeitregelung nach dem Arbeitszeitgesetz gem. § 22 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG Bußgelder bis zu € 15.000,00. Die Bußgeldandrohung richtet sich nämlich an den Arbeitgeber, der diese Verantwortung allerdings auf andere Personen, z.B. den Chefarzt der jeweiligen Fachabteilung übertragen kann. Ohne entsprechende Anweisungen und Kontrollen bleibt es aber bei der Organisations- und Überwachungsverantwortung des Krankenhausträgers, damit also des jeweiligen Geschäftsführers. Wörtlich heißt es schon in einer älteren BGH-Entscheidung:[28]

„Der Krankenhausträger muss organisatorisch gewährleisten, dass er mit dem vorhandenen ärztlichen Personal seine Aufgaben auch erfüllen kann. Dazu gehört die Sicherstellung eines operativen Eingriffs durch ausreichend erfahrene und geübte Operateure, und selbstverständlich muss auch sichergestellt sein, dass die behandelnden Ärzte körperlich und geistig in der Lage sind, mit der im Einzelfall erforderlichen Konzentration und Sorgfalt zu operieren. Deswegen darf der Krankenhausträger keine Organisation des

[28] BGH, Urteil vom 19.10.1985, Az. IV ZR 85/1984; dazu Weissauer, Einteilung übermüdeter Ärzte zur Operation, Frauenarzt 1986, S. 7 ff. Zur Haftung des Geschäftsführers wegen der Verletzung der Aufsichtspflicht gem. §§ 9, 130 OWiG s. auch Dann, aaO, S. 108 ff.
[29] Vgl. BGH NJW 2000, 2754, 2755
[30] BGH NJW 2010, 1087 RdNr. 63; BGHSt 11, 1, 7; Ulsenheimer, Arzstrafrecht in der Praxis, 5. Aufl. 2015, RdNr. 480 ff, 499 ff.
[31] Neelmeier, aaO, S. 276
[32] Fischer, StGB, 59. Aufl. 2012, § 222 RdNr. 10; Beck, MedR 2011, 471 ff; Kudlich/Neelmeier, in: Dann (Hrsg,), Compliance im Krankenhaus, 2015, S. 282 ff.

ärztlichen Dienstes dulden, die die Gefahr mit sich bringt, dass durch vorhergehenden anstrengenden Nachtdienst übermüdete und deswegen nicht mehr voll einsatzfähige Ärzte zu einer Operation herangezogen werden. Er muss, um solche Gefahren zu vermeiden, die notwendigen Anweisungen selbst erteilen" und kann sich „nicht mit Erfolg darauf berufen, es sei allein Sache des die Operation übernehmenden Arztes, darüber zu entscheiden, ob er sich trotz eines vorangegangenen Nachtdienstes dieser Operation gewachsen fühle".

Foto: © Jakub Jirsák/fotolia.com

Das Risiko des Geschäftsführers wird in diesen Sätzen überdeutlich: Er darf es nicht allein der Selbstprüfung und Selbsteinschätzung angestellter Ärzte und Pflegekräfte überlassen, ob sie sich für den Dienst „fit" fühlen oder nicht. Erforderlich sind vielmehr nach dem BGH-Urteil organisatorische Maßnahmen, die eine Überprüfung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter unter dem Aspekt der „Übernahmeverantwortung" gewährleisten. Organisatorische Mängel insoweit können die zivilrechtliche Haftung des Krankenhausträgers, aber auch die persönliche zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit des Geschäftsführers begründen.[29] Voraussetzung für letztere ist natürlich der Kausalitätsnachweis, der eine „an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit" verlangt,[30] ferner die subjektive Voraussehbarkeit des Schadenseintritts und die subjektive Erfüllbarkeit der verletzten Sorgfaltspflicht. [31]

IV.

Schon die wenigen Beispiele, die sich leicht und vielfältig vermehren ließen, machen deutlich, dass die Organisationspflichten der Klinik-Geschäftsführer außerordentlich weit gespannt sind und ihr persönliches Haftungsrisiko für organisationsbedingte Sorgfaltspflichtverletzungen deshalb entsprechend groß ist.[32] Dieses lag und liegt zwar bisher weitgehend im Verborgenen, aber es ist ein Faktum, das man nicht hinwegdiskutieren kann. Daher ist auch die nichtmedizinische Leitungsebene eines Krankenhauses gut beraten, präventiv nach Lösungen zur Eindämmung dieses latenten Risikos zu suchen, d.h. zunächst einmal die haftungsrechtlich relevanten Bereiche aufzuspüren, also ein aktives Risk-Management zu betreiben. Dessen Aufgabe und Ziel ist es, vorhandene Schadensquellen anzugehen, Ursachen bereits eingetretener Komplikationen zu erforschen, abgewickelte Schadensfälle zu analysieren und dadurch der Entstehung neuer Schäden vorzubeugen, zumindest aber das Gefahrenpotential zu verringern. Risk-Management bedeutet daher zunächst in einem ganz allgemeinen Sinne: Früherkennung von haftungsträchtigen

[33] Dann, aaO, S. 96
[34] BGHSt 57, 42, 46 f
[35] Dann, aaO, S. 101
[36] Kudlich/Schulte-Sasse, NStZ 2011, 241 ff.

Situationen durch systematische Fehlersuche und Schadensuntersuchung, die auf der Rechtsprechung und anderen konkreten Fällen als Lehr- und Lernmaterial aufbaut, um das künftige Haftungsrisiko zu verringern.

1. Dabei lassen sich aus der Haftpflichtrechtsprechung exemplarisch einige Kardinalpflichten für den Krankenhausträger und damit den Geschäftsführer oder Vorstand als zuständiges Organ entnehmen.

   Insoweit sind als erstes die beiden großen und haftungsträchtigen Gebiete der sachgerechten Patientenaufklärung und der ordnungsgemäßen Dokumentation aller medizinisch wesentlichen Umstände, aber auch die ärztliche Erstversorgung von Unfallopfern und die Besetzung der Sonntags-, Nacht- und Bereitschaftsdienste zu nennen. Insoweit bedarf es klarer Dienstanweisungen, in denen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Ärzte und Pflegekräfte geregelt sind, sowie konkreter, auf Gesetz oder der Judikatur beruhender rechtlicher Vorgaben.

   Gleiches gilt für die Gewährleistung der gebotenen ärztlichen und pflegerischen Standards in den einzelnen Abteilungen, d.h. in der Verantwortung des Geschäftsführers liegt es, für die sachgerechte Ausstattung der Klinik in personeller, fachlicher und apparativer Hinsicht Sorge zu tragen. Dazu gehört auch, dass die Funktionsfähigkeit aller medizinischen Geräte, die Einweisung des Personals in deren Bedienung und die gebotenen hygienischen Sicherheitsstandards gewährleistet werden. Insoweit trifft die Verwaltungsspitze allerdings nur eine entsprechende formale Anordnungs- und Kontrollpflicht, da inhaltlich die medizinischen und pflegerischen Standards von den Chefärzten der einzelnen Abteilungen, den Leitenden Ärzten bestimmter Funktionseinheiten und der Pflegedirektion vorgegeben werden müssen.

   Die sorgfältige Auswahl und Überwachung der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter liegt gleichfalls in den Händen der Klinik-Geschäftsführer, wenngleich die Anlern- und Überwachungsverpflichtung natürlich auf die fachlich Zuständigen delegiert werden darf und muss. Denn bei ihnen liegt die nötige Fachkompetenz, bei der Geschäftsführung jedoch die Gesamtverantwortung für das Unternehmen „Krankenhaus“ und dessen Gefahrenpotential.

2. Dieses betrifft nicht nur die Patientenbehandlung, sondern umfasst auch z.B. die korrekte Abrechnung der ärztlichen Leistung durch die Chefärzte aufgrund ihres Liquidationsrechts und die Verhinderung sachwidriger Beeinflussung der Entscheidungsträger eines Krankenhauses durch Pharma- oder Medizinproduktefirmen. Obwohl es sich beim sog. Abrechnungsbetrug und bei der Vorteilsannahme/Bestechlichkeit von Ärzten um „behandlungsbezogene“[33] vorsätzliche Delikte handelt, kann in diesem Bereich der Geschäftsführer sich dennoch strafbar machen, wenn er z.B. die Unrichtigkeit der geltend gemachten Honorarforderung kennt, aber dagegen nicht einschreitet oder die Geldzahlung einer Pharmafirma an den Chefarzt einer Städtischen Klinik nach § 331 Abs. 3 StGB genehmigt, obwohl der geldwerte Vorteil ganz offensichtlich als Äquivalent für eine bestimmte Dienstausübung gewährt wurde.

   Die Möglichkeiten, sich persönlich strafbar zu machen, sind also keineswegs auf Fahrlässigkeitsfälle beschränkt, sondern können auch im Vorsatzbereich auftreten und hier sowohl aktives Handeln als auch ein Unterlassen betreffen. Dafür ist allerdings eine sog. Garantenstellung erforderlich, die stets besonderer Begründung bedarf[34] und rechtlich umstritten ist.[35]

   Unabhängig davon aber gilt: Es wäre verfehlt, sich als Geschäftsführer in der trügerischen Sicherheit zu wiegen, dass seine Strafbarkeit[36] weiterhin in der Justizpraxis ein Schattendasein führen wird. Denn die Situation kann sich bei über 1.200 Fachanwälten für Medizinrecht und angesichts zunehmend auf diesem Sektor kenntnisreichen Staatsanwälten[37] schlagartig ändern und das „Pulverfass“ zur Explosion bringen. Dies kann man niemandem wünschen, und deshalb sollten Geschäftsführer ihr spezifisches persönliches Haftungsrisiko erkennen und sich präventiv durch ein konsequentes Risk-Management dagegen schützen.

Anschrift des Verfassers:
Maximiliansplatz 12, 80333 München
Telefon 089/242081-0 - Fax: 089/242081-19
E-Mail: Ulsenheimer@uls-frie.de

[37] anderer Ansicht noch Bruns in seinem Beitrag 2003, aaO, S. 63

Gerd Norden

Zielvereinbarungen unter der Lupe

Bewertung der Zielvereinbarungen 078 - 090 in Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten durch die gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Vorbemerkungen

1.
Bundesärztekammer und Verband der Leitenden Krankenhausärzte haben eine gemeinsame Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen" eingerichtet.

2.
Vor dem Hintergrund der am 24.04.2013 zwischen Bundesärztekammer und Deutscher Krankenhausgesellschaft konsentierten Empfehlung gem. §136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen sowie vor dem Hintergrund des entsprechenden Beschlusses des 116. Deutschen Ärztetages 2013 und der VLK-Positionierung vom 15.05.2013 sollen in dieser gemeinsamen Koordinierungsstelle konkrete Zielvereinbarungstexte aus Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten einer Bewertung dahingehend unterzogen werden, ob diese Zielvereinbarungstexte der vorgenannten Empfehlung vom 24.04.2013 entsprechen. Die Bewertungsergebnisse sollen – anonymisiert – anschließend dokumentiert und publiziert werden.

3.
Die in dieser Koordinierungsstelle erfolgten Bewertungen betreffen sowohl Zielvereinbarungen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der zwischen Bundesärztekammer und DKG konsentierten Empfehlung gemäß § 136a SGB V bereits in Kraft waren, als auch Zielvereinbarungen, die nach diesem Zeitpunkt leitenden Krankenhausärzten von Krankenhausträgern unterbreitet wurden.

Die Befassung der Koordinierungsstelle mit diesen Zielvereinbarungstexten soll deutlich machen, dass aus Sicht der Bundesärztekammer und des VLK auch mit dem Abschluss dieser im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abgegebenen Empfehlung der DKG vom 24.04.2013 nicht alle aktuell existierenden oder angebotenen Zielvereinbarungstexte von vornherein als empfehlungskonform einzustufen sind.

Damit wollen Bundesärztekammer und VLK sich als „Wächter" der Einhaltung dieser Empfehlung und – mehr noch – der Einhaltung des Wortlautes und der Intention des § 136a SGB V positionieren.

4.
Die in der gemeinsamen Koordinierungsstelle vorgenommene Bewertung von Zielvereinbarungstexten erfolgt nach folgenden Kriterien:

4.1 Vereinbarkeit mit dem **Wortlaut** des §136a SGB V (Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei **einzelnen** Leistungen abstellen)
4.2 Verträglichkeit mit der **Intention** des §136a SGB V (Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei **Leistungsmengen** abzielen)
4.3 Akzeptanz **ökonomischer Inhalte** von Zielvereinbarungen nach folgender **„Faustregel"**:

„Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung *und das dadurch bedingte ärztliche Handeln* beeinflusst.[1)]

Auf der Grundlage dieser Kriterien erfolgt die Bewertung der nachfolgend aufgeführten Zielvereinbarungen:

Zielvereinbarung 078
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für
- Erreichung des Jahresergebnisses entsprechend konsentierter Businessplanung in Höhe von € 1.500.000,00.
- Resturlaub auf Null
- Rückführung der Überstunden aller Mitarbeiter zum Jahresbeginn auf weniger als 30
- Arbeitszeitkontrolle durch

[1)] Siehe auch das zugrunde liegende Zitat von Prof. Dr. Urban Wiesing anlässlich der 191. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen in Kiel, siehe auch Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 26, 28. Juni 2013, Seite B 1129

den Chefarzt
- Erreichen der Produktivität von 155,3 BWR/VK

Bewertung:
Bonuszahlung für
- Erreichen des Jahresergebnisses entsprechend konsentierter Businessplanung in Höhe von € 1.500.000,00:

Akzeptabel, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten Leistungen nicht durch Erlössteigerungsdenken beeinflusst wird (siehe „Faustregel“)

- Bonuszahlung für die Stellung des Resturlaubs auf Null:
  Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung erscheint dieses Zielvereinbarungselement **dem Grunde nach akzeptabel**.

- Bonuszahlung für Rückführung der Überstunden aller Mitarbeiter zum Jahresbeginn auf weniger als 30:
  Die konkrete Ausgestaltung und der Gesamtkontext des Zielvereinbarungselementes sind nicht bekannt. Eine Bewertbarkeit ist deshalb nur bedingt möglich. **Akzeptabel nur unter der Voraussetzung**, dass die zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierung und Erlössteigerung gemäß der „Faustregel“ beeinflusst werden. Des Weiteren müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.

- Bonuszahlung für Arbeitszeitkontrolle durch den Chefarzt:
  Die konkrete Ausgestaltung und der Gesamtkontext des Zielvereinbarungselementes sind nicht bekannt. Eine Bewertbarkeit ist deshalb nur bedingt möglich. **Akzeptabel nur unter der Voraussetzung**, dass die zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierung und Erlössteigerung gemäß der „Faustregel“ beeinflusst werden. Des Weiteren müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.

- Bonuszahlung für Erreichen der Produktivität von 155,3 BWR/VK:
  Abzulehnen, da dieses Zielvereinbarungselement gegen die Intention des § 136a SGB V verstößt.

Foto: © DOC RABE Media/fotolia.com

Zielvereinbarung 079
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für:
- Beitrag zur inhaltlichen Weiterentwicklung der Klinik/des Instituts:
- Beitrag zum Thema Innovation und Wirtschaftlichkeit der Einrichtung
- Interdisziplinäre Kollegialität
- Beitrag zur Personalentwicklung (einschließlich Nachwuchsförderung und Gleichstellung)
- Engagement für die … (intern/extern)

Bewertung aller vorstehenden Elemente der Zielvereinbarung 079:
Im Grundsatz nicht zu beanstanden. Die Bewertung muss der hier fehlenden individuellen Präzisierung vorbehalten bleiben.
Die bloße Nennung von Oberthemen schließt gleichwohl bei der konkreten Umsetzung Verstöße gegen § 136a SGB V nicht aus.

Zielvereinbarung 080
Inhalt der Zielvereinbarung:

- Bonuszahlung für Erreichen einer bestimmten DRG-Fallzahl
- Erreichen eines bestimmten Case-Mix
- Marketing-Vortragstätigkeit

- Einweiserpflege und -Neugewinnung (Praxiskontakte)
- Fortsetzung bzw. Sicherstellen der orthopädischen Kooperation
- Umsetzung von Projekten

Bewertung:
- Bonuszahlung für Erreichen einer bestimmten DRG-Fallzahl: **Abzulehnen**, da dies dem Wortlaut des § 136a SGB V widerspricht.
- Bonuszahlung für Erreichen eines bestimmten Case-Mix: **Abzulehnen**, da dies einen Widerspruch zu der Intention des § 136a SGB V bedeutet.
- Bonuszahlung für Marketing/Vortragstätigkeit: **Akzeptabel**, wenn die einschlägigen berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.
- Bonuszahlung für Einweiserpflege und Neugewinnung (Praxiskontakte): **Akzeptabel**, soweit in Bezug auf die Durchführung der Gespräche berufsrechtliche Voraussetzungen beachtet werden.
- Bonuszahlung für Fortsetzen bzw. Sicherstellen der orthopädischen Kooperation: Als Jahresgespräch mit kooperierenden Orthopäden **akzeptabel**, unter Beachtung der „Faustregel".
- Bonuszahlung für die Umsetzung von Projekten: **Im Grunde positiv**. Allerdings sind bei in diesem Zusammenhang ausgesprochenen Empfehlungen wie z.B. „Gemeinsamer Bereitschaftsdienst" die berufs- und haftungsrechtlichen Vorgaben zu berücksichtigen und der Facharzt-Standard zu gewährleisten.

Zielvereinbarung 081
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für:
- Erstellung eines Konzepts zum weiteren Ausbau und zur Organisation der Altersmedizin/ Geriatrie innerhalb der Abteilung für Innere Medizin
- Optimierung der Dokumentation und Leistungserbringung für die Abrechnung des OPS-Schlüssels im Rahmen der geriatrischen Frührehabilitation durch enge Zusammenarbeit mit der Firma…
- Umsetzung des Einweiserkonzepts für den Bereich Altersmedizin/Geriatrie

Bewertung:
- Bonuszahlung für die Erstellung eines Konzepts zum weiteren Ausbau und zur Organisation der Altersmedizin/Geriatrie innerhalb der Abteilung für Innere Medizin: **Akzeptabel**
- Bonuszahlung für Optimierung der Dokumentation und Leistungserbringung für die Abrechnung des OPS-Schlüssels im Rahmen der geriatrischen Frührehabilitation durch enge Zusammenarbeit mit der Firma…: **Akzeptabel**
- Bonuszahlung für Umsetzung des Einweiserkonzepts für den Bereich Altersmedizin/Geriatrie: **Akzeptabel** unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben.

Zielvereinbarung 082
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für
- Implementierung Endoprothesenregister
- Zertifizierung zum Endoprothesenzentrum
- Erreichen des Jahresergebnisses
- Sachkostenreduktion um 5% (insbesondere die Umstellung von zementfreien Prothesen auf zementierte Prothesen)
- Teilnahme an Fachkongressen zur persönlichen Weiterbildung und Marketing für das Krankenhaus
- Führung von Mitarbeitergesprächen mit dem gesamten Team inklusive Dokumentation

Bewertung:
- Bonuszahlung für die Implementierung Endoprothesenregister: **Akzeptabel**
- Bonuszahlung für Zertifizierung zum Endoprothesenzentrum: **Akzeptabel**
- Bonuszahlung für Erreichen des Jahresergebnisses: **Akzeptabel**, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten Leistungen nicht durch Erlössteigerungs-Denken beeinflusst wird („Faustregel")
- Bonuszahlung für Sachkostenreduktion um 5% (insbesondere für die Umstellung von zementfreien Prothesen auf zementierte Prothesen): Dieses Zielvereinbarungselement ist **abzulehnen**, da es einen Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit darstellt.
- Bonuszahlung für Teilnahme an Fachkongressen zur persönlichen Weiterbildung und Marketing für das Krankenhaus: **Akzeptabel**.
- Bonuszahlung für Führen von Mitarbeitergesprächen mit dem gesamten Team, inklusive Dokumentation: **Akzeptabel**

Zielvereinbarung 083
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für
- Einhaltung der MDK-Laufzeiten (Beantwortung von mindestens 95% der angefragten Fälle innerhalb der gesetzlichen Frist)
- VWD: weniger als 25% in Quartal 3
- Etablierung CPU in Normal-

Foto: © Marco2811/fotolia.com

station und Intensivstation
- 95% Einhaltung der vorgegebenen Auswahl der medizinisch zu verwendenden Materialien
- 10 interprofessionelle Fortbildungen

Bewertung:
- Bonuszahlung für Einhaltung der MDK-Laufzeiten (Beantwortung von mindestens 95% der angefragten Fälle innerhalb der gesetzlichen Frist): **Akzeptabel**
- Bonuszahlung bei VWD: weniger als 25% in Quartal 3: Zu diesem Zielvereinbarungselement ist generell anzumerken, dass die Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten ein Indikator für Prozessqualität sein kann, aber nicht muss. Als Zielvereinbarungselement ist dies nur **akzeptabel, wenn die Verweildauerreduzierung medizinisch vertretbar ist** und die Patientenversorgung nicht leidet.
- Bonuszahlung für Etablierung CPU in Normalstation und Intensivstation: **Akzeptabel**
- Bonuszahlung für 95% Einhaltung der vorgegebenen Auswahl der medizinisch zu verwendenden Materialien: **Abzulehnen**, da dies einen Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit bedeutet.
- Bonuszahlung für Durchführung von 10 interprofessionellen Fortbildungsveranstaltungen: **Akzeptabel**

Zielvereinbarung 084

Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für
- Erlangung D-Arzt-Verfahren/ KV-Ermächtigung
- SOP's für handchirurgische/ plastische Leistungen
- Konzepterarbeitung unter Zusammenarbeit/Kooperation mit dem Brustzentrum
- Aufbau-Strukturvoraussetzungen zur Abrechnung

„spezielle Komplexbehandlung der Hand“

Bewertung:
Bonuszahlung für
- Erlangung D-Arzt-Verfahren/ KV-Ermächtigung: **Akzeptabel**
- SOP's für handchirurgische/ plastische Leistungen: **Akzeptabel**
- Konzepterarbeitung unter Zusammenarbeit/Kooperation mit dem Brustzentrum: **Akzeptabel** unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorgaben
- Aufbau-Strukturvoraussetzungen zur Abrechnung „spezielle Komplexbehandlung der Hand“: **Akzeptabel**

Zielvereinbarung 085
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung in Abhängigkeit vom jährlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses

Bewertung:
Akzeptabel, wenn die medizinische Indikationsstellung für die erbrachten Leistungen nicht durch Erlössteigerung beeinflusst wird (siehe „Faustregel“).

Zielvereinbarung 086
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für Erreichen des EBITDA-Planes

Bewertung:
Bedingt akzeptabel. Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel“ wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden. Dies gestaltet sich für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Akzeptabler ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

Zielvereinbarung 087
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für Erstellen und Nachhalten eines Fortbildungskonzeptes der Fachabteilung Innere Medizin/ Gastroenterologie mit jährlich zwölf innerbetrieblichen Fortbildungen

Bewertung:
Akzeptabel

Zielvereinbarung 088
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für interprofessionelle Beschreibung, Definition und Verwirklichung von Kernprozessen.

Bewertung:
Akzeptabel

Zielvereinbarung 089
Inhalt der Zielvereinbarung:

Bonuszahlung für

- Erreichung einer bestimmten DRG-Anzahl
- Durchführung der Mitarbeiterjahresgespräche
- Durchführung von mindestens fünf Vertragsarztbesuchen
- Durchführung von Veranstaltungen für Patienten bzw. Niedergelassene
- Pressearbeit
- Entwicklung einer Verfahrensanweisung „Aktenlauf Innere Medizin“
- Entwicklung einer Verfahrensanweisung „Rettungskette Innere Medizin“

Bewertung:
- Bonuszahlung für Erreichung einer bestimmten DRG-Anzahl: **Abzulehnen**, da dies dem Wortlaut § 136a SGB V widerspricht.
- Bonuszahlung für Durchführung der Mitarbeiterjahresgespräche: **Akzeptabel**
- Bonuszahlung für die Durchführung von mindestens fünf Vertragsarztbesuchen: **Akzeptabel**, wenn berufsrechtliche Vorgaben beachtet werden.
- Bonuszahlung für Durchführung von Veranstaltungen für Patienten bzw. Niedergelassene: **Akzeptabel**, soweit die berufsrechtlichen Vorgaben, insbesondere § 27 MBO-Ä, berücksichtigt werden.
- Bonuszahlung für Pressearbeit: **Akzeptabel**, soweit die berufsrechtlichen Vorgaben berücksichtigt werden.
- Bonuszahlung für Entwicklung einer Verfahrensanweisung „Aktenlauf Innere Medizin“: **Akzeptabel**
- Bonuszahlung für Entwicklung einer Verfahrensanweisung „Rettungskette Innere Medizin“: **Akzeptabel**

Zielvereinbarung 090
Inhalt der Zielvereinbarung:

Tantiemenzahlung für
- Erreichung der Ist-Auslastung ≥ 90% der geplanten Belegung
- Fristgerechte Erstellung und Versendung der Arztbriefe (Brieflaufzeit darf bei 95% der Entlassberichte 10 Tage nicht überschreiten)

Bewertung:
- Tantiemenzahlung für Erreichen der Ist-Auslastung ≥ 90% der geplanten Belegung: **Abzulehnen**, da dieses Element der Zielvereinbarung der Intention des § 136a SGB V widerspricht.
- Tantiemenzahlung für fristgerechte Erstellung und Versendung der Arztbriefe: **Akzeptabel**

Der Rechtsrat – kurz und bündig

Fragestellung:

Eine Tochtergesellschaft meiner Arbeitgeberin bietet Gesundheits- und Trainingskonzepte zu körperlicher Fitness und Wellness an. Diese Tochtergesellschaft hat unter Verwendung eines Fotos von mir und meines Namens einen Flyer / Broschüre herausgebracht und wirbt für ihre Wellness- und Gesundheitsbereiche. Dies geschah ohne meine vorherige Zustimmung. Zudem bestehen meinerseits auch Bedenken hinsichtlich der angebotenen Leistungen unter medizinischen Gesichtspunkten. Habe ich eine solche Nutzung meines Bildes und meines Namens zu akzeptieren?

Antwort:

I.

Rechtlich lassen sich nach Durchsicht der Unterlagen hierzu folgende Aussagen treffen:

1.

Unseres Erachtens nach könnte in der Verwendung des Slogans „Wellness besteht aus … Wohlbefinden und … Ertüchtigung ...", bei welchem wir davon ausgehen, dass Sie persönlich diesen nie öffentlich geäußert haben, in Verbindung mit der Abbildung Ihres Portraits und der Benennung Ihrer medizinischen Funktion und Tätigkeit am Krankenhaus durchaus ein Verstoß gegen die Vorschriften der Berufsordnung der Ärztekammer (im Folgenden BO) zu erblicken sein.

Nach § 27 Abs. 3 der BO ist „Berufswidrige Werbung dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Der Arzt darf eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. […]"

Unter solcher Werbung versteht sich eine solche, die keine interessengerechte und sachangemessene Information darstellt und insbesondere irreführend ist.

Auch wenn in den letzten Jahren durchaus in vielen Bereichen eine etwas „liberalere" Beurteilung erfolgt, sind die Beschränkungen der Berufsordnung zu beachten.

Danach sind diese Kategorien jedoch keinesfalls abschließend. Außerhalb dieser Kategorien ist dem Arzt auch stets verboten, etwaige Hinweise (bspw. Broschüren) auf die eigene Tätigkeit oder Praxis bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (zu denen insbesondere auch Fitness- und Wellnesseinrichtungen gehören) auszulegen oder das Auslegen zu dulden.

Gerade um ein solches "Auslegen" bzw. Informieren handelt es sich indes bei der vorliegenden Werbemaßnahme der Tochtergesellschaft Ihrer Arbeitgeberin, so dass es neben der Abbildung Ihres Portraits samt der berufsbezogenen pauschalen Informationen auf den Inhalt des vollständigen Slogans, also ein inhaltliches Richtig oder Falsch, überhaupt nicht mehr ankommt.

Wegen dieser kombinierten Abbildung aber ist es sehr wahrscheinlich, dass § 27 Abs. 3 BO vorliegend einschlägig ist. Dies hat zur Folge, dass Sie bei weiterer Duldung der Werbemaßnahme Gefahr laufen, selbst damit

Norbert H. Müller

gegen bestehendes Berufsrecht zu verstoßen. Genau aus diesem Grunde dürfte Ihnen aber unter den gegebenen Umständen ein Unterlassungsanspruch gegenüber der Tochtergesellschaft Ihres Krankenhauses zustehen. Hieraus könnte verlangt werden, vorhandene Broschüren vom Markt zu nehmen und zukünftig auch nicht mehr mit Ihrem Portrait und Ihrem Namen für deren sog. „Gesundheitskonzept" zu werben.

2.

Darüber hinaus liegt ein gleichnamiger Verstoß zulasten der Tochtergesellschaft unter urheberrechtlichen Gesichtspunkten nahe.

§ 22 KunstUrhG bestimmt generell, dass „Bildnisse nur mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden dürfen."

Da Sie eine solche Einwilligung nach unserem Kenntnisstand nicht erteilt haben, dürfte in der Veröffentlichung Ihres Bildnisses also gleichfalls ein Verstoß gegen das KunstUrhG liegen.

Zwar gilt hiernach weiterhin „die Einwilligung im Zweifel als erteilt, wenn der Abgebildete dafür, dass er sich abbilden ließ,

eine Entlohnung erhielt.“, die Sie aber nicht gefordert oder erhalten haben.

Sicherlich ist hierfür auch nicht Ihre vertragliche Vergütung für die Wahrnehmung ihrer dienstlichen Aufgaben als Chefarzt im Krankenhaus maßgeblich. Dementsprechend ist die Werbung mit Ihrem Bildnis – vorbehaltlich uns derzeit nicht bekannter Weiterungen in der Sache – zumindest nicht arbeits- bzw. dienstvertraglich gedeckt.

Gleiches gilt unseres Erachtens nach für den Fall, dass Sie sich mit der Verwendung etwaig für das Krankenhaus zugänglicher Bilder von Ihnen für beispielsweise Homepage-Zwecke des Krankenhauses bzw. Ihrer Abteilung einverstanden erklärt haben. Insoweit würde eine solche Einwilligung zu einer derartigen zweckgebundenen Nutzung nicht den hier von der Tochtergesellschaft verfolgten Nutzungszweck des Portraits in Verbindung mit dem Slogan zur Bewerbung des dortigen sog. „Gesundheitskonzepts“ mitumfassen.

Gleichfalls ist aus unserer Sicht in der Werbung dieser Gesellschaft nicht das Ziel erkennbar, etwa das Krankenhaus und/oder Ihre Fachabteilung im Rahmen des gesetzlich Erlaubten zu bewerben.

Dem zur Folge sprechen auch hier gewichtige Argumente für einen Anspruch Ihrerseits gegen die Tochtergesellschaft auf Unterlassung der Verbreitung der Broschüren und Werbung mit Ihrem Namen.

II.

Weiter ist das Recht einer Person am eigenen Bild kommerzialisierbar und hat dem zur Folge einen Vermögenswert inne.

Deshalb ist es wahrscheinlich, dass Ihnen über einen Unterlassungsanspruch hinaus ebenfalls ein Schadensersatzanspruch gegen die Tochtergesellschaft dem Grunde nach zustehen würde.

Allerdings haben wir Sie darauf hinzuweisen, dass die Ermittlung der Höhe eines solchen Schadens wegen unberechtigter Bildverwendung mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden sein dürfte.

Die Höhe eines solchen Schadens wird verschiedentlich durch Bezifferung eines vermeintlich entgangenen Gewinns, durch Ermittlung eines etwaigen “Verletzergewinns“ oder im Wege der sog. Lizenzanalogie ermittelt. Im Rahmen der Lizenzanalogie wäre beispielsweise darauf abzustellen, was vernünftig denkende Parteien bei Kenntnis der Sachlage und gegebenen Vereinbarungszwang im Zeitpunkt des Abschlusses des fiktiven rechtmäßigen Lizenzvertrages vereinbart hätten, wenn sie die künftige Entwicklung, namentlich die Dauer und das Ausmaß der Nutzung, vorausgesehen hätten.

Bei der unberechtigten Nutzung von Lichtbildern können dabei z.B. regelmäßig die Honorartabellen der Mittelstandsgemeinschaft Fotomarketing (MFM-Empfehlungen) einen Anhaltspunkt bieten. Darüber hinaus spielen bei einer solchen Ermittlung dann auch zahlreiche individuelle Besonderheiten eine Rolle, die bei notwendigen oder gewünschten Weiterungen dann im Detail zu erörtern sind.

Wir weisen ergänzend vorsorglich darauf hin, dass bei Überlegungen zur Durchsetzung etwaiger Ansprüche gegen den eigenen Arbeitgeber bzw. wie vorliegend dessen Tochterunternehmen stets auch Aspekte der künftigen Zusammenarbeit und des Betriebsfriedens eine gewichtige Rolle für die Geltendmachung derlei Ansprüche spielen sollten.

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

Fragestellung:

In meinem Dienstvertrag ist ausdrücklich geregelt, dass Nebentätigkeiten nicht zulässig sind, wobei ebenfalls ausdrücklich Vortragstätigkeiten hiervon ausgenommen werden. Ich gehe mithin auch davon aus, dass ich somit auch das Honorar für derartige erlaubte Vorträge in voller Höhe behalten darf. Demgegenüber vertritt nun plötzlich unser Geschäftsführer die Ansicht, dass unter Transparenzgesichtspunkten ihm dieses Honorar vollständig oder zumindest zum Teil zustünde. Ist dies zutreffend:

Antwort:

1.

Ausweislich § 2 Abs. 2 Ihres Dienstvertrages ist eine Vortragstätigkeit als Nebentätigkeit gerade nicht unzulässig. Etwas anderes könnte allenfalls gelten,

Marc Rumpenhorst

sofern – und dies ist allenfalls individuell zu beurteilen – eine konkrete Vortragstätigkeit die Ausübung dienstlicher Pflichten verletzt. Soweit der Arbeitgeber dies nicht ansatzweise konkret bezogen auf einzelne Vorträge belegen kann, besteht insoweit auch keinerlei unzulässige Nebentätigkeit und damit auch keine Vertragspflichtverletzung.

Auch in einem solchen Falle würde jedoch allenfalls dann die konkrete Vortragstätigkeit unzulässig sein; die Unzulässigkeit könnte auch in diesen Konstellationen aber nicht durch eine anteilige und vollständige Weitergabe des Honorars „geheilt" werden. Dann stellte sich somit nicht die Frage, wem welcher Anteil zusteht, da eine solche Vortragstätigkeit von vornherein nicht zulässig wäre und Verteilungsfragen sich nicht stellen.

2.

Generell ist auch unabhängig von Ihrer individual-vertraglichen Regelung einem jeden Arbeitnehmer eine Nebentätigkeit von der Arbeitgeberin zu erlauben, wenn keine konkreten dringenden betrieblichen Hinderungsgründe bestehen.

Somit steht einem Arbeitnehmer ein Rechtsanspruch auf Genehmigung von Nebentätigkeiten zu, wenn keine konkreten Hinderungsgründe existieren. Für die von Ihnen angesprochene Vortragstätigkeit stellt sich dieses Problem ohnehin nicht, da diese Ihnen qua Vertrag bereits generell erlaubt ist und allenfalls aufgrund von konkreten individuellen Wechselwirkungen hinsichtlich des Auftragsgebers im Verhältnis zu Ihren dienstvertraglichen Pflichten im Einzelfall diese Erlaubnis entfiele.

3.

Unabhängig von der Frage der

Foto: © M. Schuppich/fotolia.com

Zulässigkeit der Durchführung einer Nebentätigkeit/Vortragstätigkeit ist jedoch die Frage der Vergütung derselben zu betrachten. Schon vor diesem Hintergrund ist die Argumentation der Arbeitgeberin nicht ansatzweise nachzuvollziehen.

Wenn tatsächlich konkrete dringende betriebliche Hinderungsgründe bestünden, könnten diese gerade nicht durch die Weiterleitung der Vergütung für diese doch betriebliche Interessen beeinträchtigende Nebentätigkeit ausgehebelt werden.

4.

Vorstehendes hat mithin zur Folge, dass Ihnen selbstverständlich das Honorar für Vortragstätigkeiten ebenso wie für sonstige Nebentätigkeiten immer dann vollumfänglich und ohne Kürzungen zusteht, wenn Sie für derartige Tätigkeiten keinerlei irgendwie geartete Ressourcen der Arbeitgeberin in räumlicher, apparativer und/oder personeller Hinsicht in Anspruch nehmen.

Ausweislich Ihrer Angaben werden derartige Tätigkeiten ausschließlich außerhalb der dienstlichen Arbeitszeiten von Ihnen geleistet und es werden hierfür keinerlei Ressourcen des Hauses genutzt. Somit ist auch nicht nachzuvollziehen, warum Ihrerseits von diesem Honorar Ihrer zulässigen Nebentätigkeit irgendwelche Gelder an die Arbeitgeberin abgeführt werden sollten, erst recht nicht der Gesamtbetrag.

Gegenteiliges kann sich auch nicht aus rein internen Transparenzregelungen ergeben. Diese könnten wirksam keinerlei Verpflichtung regeln, im Rahmen erlaubter Nebentätigkeiten verdiente Honorare an die Arbeitgeberin abführen zu müssen.

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

Der VLK trauert

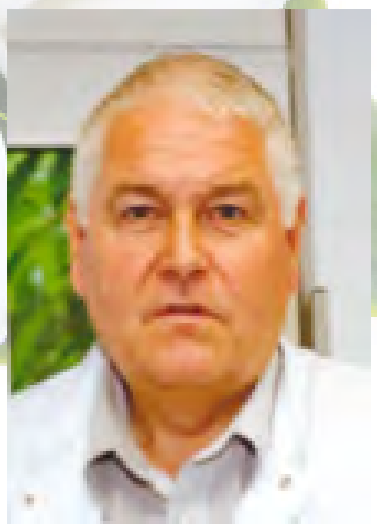
Dr. Lutz Michael Drach, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuletzt Chefarzt der Klinik für Alterspsychiatrie, Helios-Kliniken Schwerin, starb am 24.12.2015.

Dr. Drach bekleidete von Oktober 2003 bis Mai 2013 das Amt des Vorsitzenden des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern im VLK und war in dieser Position Mitglied des VLK-Gesamtvorstandes.

Dr. Lutz Michael Drach

Dr. Gernot Stadie, langjähriger Chefarzt der Urologischen Klinik und Ärztlicher Direktor des Waldklinikums Gera, verstarb am 06.01.2016.

Dr. Stadie war von April 2002 bis Dezember 2005 Vorsitzender des Landesverbandes Thüringen im VLK und gehörte damit zeitgleich zum VLK-Gesamtvorstand.



Dr. Georg Stadie

Foto: © EMrpize/fotolia.com

Nachruf im Namen der ehemaligen Mitarbeiter von Dr. Stadie

Am 6. Januar 2016 verstarb plötzlich und für alle unfassbar der langjährige Chefarzt der Urologischen Klinik und Ärztliche Direktor des Klinikums der Stadt Gera, später SRH Waldklinikum Gera.

Dr. Stadie wurde am 07.06.1941 in Merseburg geboren. Im Jahre 1959 legte er in Merseburg das Abitur ab. Im gleichen Jahr nahm er das Studium der Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg auf und schloss es 1965 erfolgreich ab. Sein sehr frühes Interesse an der Urologie dokumentierte sich bereits in seiner Promotionsarbeit: „Elektrolytstörungen nach Harnableitung in den Darm unter besonderer Berücksichtigung der Coffey-Mayo`schen Operation“, welche er 1966 an der Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg verteidigen konnte.

Nach dem Studium erfolgte bis 1969 die Weiterbildung zum Facharzt für Urologie an der Urologischen Klinik des Bezirks-

krankenhauses Halle „Am Weidenplan“. Dieses traditionsreiche Haus, welches 1911 gegründet wurde, etablierte als erstes in Deutschland die Urologie als hauptberufliches Fachgebiet.

Von 1970 bis 1974 war er in dieser Klinik als Oberarzt tätig, bevor Dr. Stadie ab 1975 die chefärztliche Leitung der Urologischen Klinik der Lutherstadt Eisleben übernahm.

Von wissenschaftlichem Interesse und Forscherdrang geleitet wechselte Dr. Stadie 1979 als Oberarzt an die Urologische Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Sein besonderes Interesse galt hier dem Hoden- und Harnblasenkarzinom. So war er Forschungsgruppenleiter für diese beiden Tumorentitäten im Rahmen der Arbeits- und Forschungsgemeinschaft „Klinische Onkologie“ der FSU Jena. Sowohl während dieser Zeit als auch nachfolgend entstanden eine Vielzahl von Publikationen und Vorträgen als Autor und Co-Autor.

Am 01.04.1984 trat Dr. Stadie schließlich die Nachfolge von MR Dr. Flachsbarth als Chefarzt der Urologischen Klinik am damaligen Bezirkskrankenhaus Gera an. Unter seiner Leitung wurde unter den schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der damaligen Zeit die Rekonstruktion und Erweiterung der Urologischen Klinik auf 60 Betten abgeschlossen. Gleichzeitig wurde ein eigener OP-Trakt mit getrennten OP-Sälen für offene und transurethrale Operationen geschaffen. Damit waren die Voraussetzungen für die Etablierung einer leistungsfähigen und modernen Urologie geschaffen, deren Ruf und Anerkennung weit über die Stadtgrenzen von Gera hinaus reichte.

Aufgrund seiner umfangreichen operativen Expertise wurden nachfolgend große tumorchirurgische Eingriffe an Harnblase und Prostata in das Behandlungsspektrum der Klinik erfolgreich eingeführt. Aber auch vermeintliche „Randgebiete“ des urologischen Faches wie die Kinderurologie, Urogynäkologie und Inkontinenzchirurgie hatten seine vollste Aufmerksamkeit und Förderung und bereicherten so das Spektrum der Klinik.

Im Jahre 1994 erfolgte nach der vorangegangenen Fusion des damaligen Bezirkskrankenhauses Gera und des Krankenhauses der SDAG Wismut zum Klinikum der Stadt Gera auch die Zusammenführung der beiden Urologischen Kliniken der jeweiligen Häuser. Ab diesem Zeitpunkt bestand ein duales Chefarztsystem mit Herrn Prof. Dr. L. Hoffmann und die Klinik verfügte jetzt über 3 Stationen mit jeweils 31 Betten.

An dem nun vereinigten Klinikum hatte Dr. Stadie von 1998 bis zu seinem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben im Juni 2006 neben seinen chefärztlichen Verpflichtungen die Funktion des Ärztlichen Direktors mit seinen vielfältigen Aufgaben inne. In seine Amtszeit fällt auch die wohl arbeitsintensivste Periode seines Berufslebens, nämlich der Übergang des Klinikums aus kommunaler in die private Trägerschaft der Stiftung Rehabilitation Heidelberg, welche 2003 vollzogen wurde. Damit verbunden waren auch die Planungen und der Beginn einer umfangreichen Sanierung des Klinikums durch einen kompletten Neubau, welcher die beiden örtlich getrennten Klinika an einem Standort vereinen soll.

An der Entwicklung des urologischen Fachgebietes in Thüringen hatte Dr. Stadie ebenfalls großen Anteil. Über viele Jahre hinweg war er stellvertretender Vorsitzender der Mitteldeutschen Gesellschaft für Urologie und unter seiner Präsidentschaft fand 1998 der Kongress dieser Regionalgesellschaft statt. Weiterhin war er 1999 Kongresspräsident des Thüringer Krebskongresses. Aber auch nichtonkologische Themengebiete fanden sein Interesse. So war er über viele Jahre hinweg Mitglied der AG Infektiologie der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Stellvertretend für die Vielzahl berufspolitischer Aktivitäten von Dr. Stadie sollen die aktive Mitgliedschaften in der Lenkungsgruppe Qualitätssicherung des Landes Thüringen und der Schlichtungskommission der Kassen und Ärzte Thüringens und der mehrjährige Vorsitz des Verbandes leitender Krankenhausärzte Thüringens sowie der langjährige stellvertretende Vorsitz der Thüringer Krebsgesellschaft genannt werden.

Auch nach seinem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben am 30.06.2006 blieb Dr. Stadie dem Klinikum und der Urologie treu. So war er noch einige Jahre als Berater der Geschäftsleitung des Klinikums durch seine langjährigen Erfahrungen als Ärztlicher Direktor und die Vielzahl seiner Kontakte eine wertvolle Unterstützung in der weiteren Entwicklung des Klinikums. Als Gastoperateur führte er bis 2008 weiterhin spezielle Operationen im Klinikum durch und arbeitete auch im ambulanten Bereich im Geraer Umfeld als Sprechstundenvertretung weiter.

Seine ehemaligen Schüler und langjährigen Mitarbeiter werden ihn stets als zielstrebigen Chef, charismatischen Lehrer, und in aller erster Linie als hervorragenden Arzt, für den stets das Wohl der ihm anvertrauten Patienten höchste Priorität hatte, in ehrender Erinnerung behalten.

PD Dr. med. Andreas Schlichter, Gera
im Namen aller ehemaligen Mitarbeiter

Dr. Bernd Klinge

1. Landeskrankenhauskonferenz Sachsen-Anhalt am 20.01.2016 in Halle (Saale)

Auf Einladung des Landesvorsitzenden Sachsen-Anhalt des VLK, Dr. B. Klinge, und mit freundlicher Unterstützung der Universitätsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, fand am Mittwoch, dem 20.01.2016 die erste Landeskrankenhauskonferenz statt.

Teilnehmer waren der Dekan der Medizinischen Fakultät der MLU: Prof. Dr. M. Gekle, der Vorsitzende der Landeskrankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt: Prof. Dr. W. Schütte, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Pflegemanagement, Landesgruppe Sachsen-Anhalt: H. Rafler , der Leiter der Stabstelle Unternehmensentwicklung der Universitätskliniken Halle: C. Weijnar, Hauptgeschäftsführer des VLK: G. Norden und der Landesvorsitzende. Kurzfristig abgesagt hatte der Vorsitzende der Landesgruppe des VKD: P.Zur, der ärztliche Direktor der Universitätsklinik Magdeburg: Dr. J. Huelsemann und die Präsidentin der LÄK Sachsen-Anhalt: Fr. Dr. S. Heinemann-Merz.

Ziel und Idee der Veranstaltung war es die Protagonisten der Berufspolitik aller Professionen „an einen Tisch" zu bekommen, um einen Meinungsaustausch herbeizuführen, der vielleicht in Zukunft Impulse für die einzelnen Verbände und ihre Mitglieder erzeugt. Nach einem Impulsreferat von Dr. Klinge zum Thema der Auswirkungen des KHSG auf die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung erläuterte Prof. Schütte die Position der Landeskrankenhausgesellschaft. G. Norden stellte dann in seinem Referat noch einmal den ordnungspolitischen Rahmen des KHSG in allen seinen Facetten dar und positionierte den VLK. H. Rafler konnte dann eindrucksvoll die Situation der Pflege illustrieren und zeigte hier zwar die Intention des KHSG Abhilfe zu schaffen, welche aber in der Dimension zu kurz greift. Prof. Gekle beleuchtete dann die spezielle Situation der Universitätsklinika im Land, die aufgrund ihrer medizinischen Ausrichtung, mit aller Vorsicht prognostiziert, wahrscheinlich sogar Gewinner des KHSG sein könnten. Bei allen Referenten war aber die Zeitschiene erkennbar, welche die wohl weitreichendste Veränderung, die Implementierung von justitiablen Qualitätsindikatoren betrifft: Generell wird hier keine Veränderung vor 2019/2020 erwartet. Der Vorsitzende der Landeskrankenhausgesellschaft wies dann nochmal darauf hin, daß die Krankenhausstruktur in den neuen Bundesländern eben schon deutlich „KHSG-Konform" ist, so daß hier Schließungen oder Umwidmungen von Krankenhäusern nicht in größerem Ausmaß anstehen. Nichtdestotrotz bleibt die Leistungsmengenbegrenzung und die Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft politisches Ziel des KHSG.

Dr. Bernd Klinge

In einer sehr angenehmen Gesprächsatmosphäre einigten sich die Beteiligten am Ende der Diskussion auf die Fortführung dieses Formats. Bewusst soll die Gruppe „überschaubar" gehalten werden, um konstruktiv zu arbeiten. Eine 2. Landeskrankenhauskonferenz Sachsen-Anhalt wird für den Januar 2017 geplant, die Organisation übernimmt der Landesvorsitzende Sachsen-Anhalt des VLK.

Dr. Frank Lange

Empfang des Bundesvorstandes des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte in Weimar

Am 04.12.2015 fand in Weimar die Festveranstaltung anlässlich des 25jährigen Gründungsjubiläums der VLK-Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen statt. Im Beisein von Herrn C. Carius, des Präsidenten des Thüringer Landtages, Frau Dr. E. Lundershausen, Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen, Herrn Dr. D. Steiniger, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer sowie des Präsidenten des VLK, Herr Prof. H.-.F. Weiser begrüßte Herr Prof. R. Fünfstück, 1. Sprecher des Mitteldeutschen VLK-Verbundes, die anwesenden Gäste.

Foto: Christian Meyer

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, 1. Vorsitzender des Mitteldeutschen VLK-Verbundes

Prof. G. Schmoz, Ehrenmitglied und ehemaliger Vorsitzender des Sächsischen Landesverbandes berichtete in seinem Festvortrag authentisch von der Gründung der drei Landesverbände sowie über den mühevollen Weg der ostdeutschen Landesverbände in den Jahren nach der Wiedervereinigung bis zur Formierung der 3 Landesverbände zum „Mitteldeutschen Verbund der Krankenhausärzte“.

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.

Prof. Dr. med. Reinhard Fünfstück, Dr. Frank Lange

Krankenhausentwicklung in Mitteldeutschland

Jahresversammlung des Verbandes der Mitteldeutschen Krankenhausärzte

Anfang Dezember trafen sich in Weimar die Krankenhausärzte aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu ihrer Jahresversammlung 2015.

Gemeinsam mit Krankenhausdirektoren und Geschäftsführern sowie mit Vertretern der Krankenkassen und Repräsentanten des politischen Lebens diskutierten die Tagungsteilnehmer rationale Konzepte zur Krankenhausentwicklung in Mitteldeutschland.

Nach der Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetztes 2015 durch den Deutschen Bundestag und der Zustimmung durch den Bundesrat hatte das Thema des Jahrestreffens einen sehr aktuellen Bezug erhalten. Bei seiner Begrüßungsrede wies der 1. Vorsitzende des Mitteldeutschen VLK-Verbundes, Herr Prof. Dr. R. Fünfstück (Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar) darauf hin, dass durch die Krankenhausreform zu erwarten ist, dass sich in Gesamtdeutschland die Krankenhauslandschaft verändern wird. Dafür sind nicht nur wirtschaftliche und finanzielle Zwänge ausschlaggebend, sondern die vielschichtigen Aspekte der qualitätsgerechten medizinischen Betreuung kranker Menschen bestimmen zunehmend die inhaltlichen Schwerpunkte der Reformbestrebungen. Prof. Fünfstück bewertete es durchaus positiv, dass der ursprüngliche Gesetzentwurf durch viele kompetente Einwände der Ärzteschaft, der Kostenträger und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Veränderungen erfahren hatte. Unsere verantwortlichen Politiker und die Kostenträger müssen aber zunehmend mehr zur Kenntnis nehmen, dass die medizinische Betreuung unserer Patienten nicht zu einem s.g. „Nulltarif“ möglich ist. Der medizinisch-technische Fortschritt kostet Geld. Er gewährleistet aber auch, dass unsere Bürger und Bürgerinnen eine medizinische Versorgung erhalten, die in der erhofften und gewünschten Qualität erfolgt.

Dieser Auffassung schloss sich auch Frau E. Zeulmer (MdB, CSU) als Mitglied des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag an. In Ihrem Vortrag „Krankenhausstrukturgesetz 2015 – was ändert sich für unsere Krankenhäuser“ betonte sie die Notwendigkeit einer Strukturveränderung bei den stationären Einrichtungen. So erfordere die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft auch eine Stärkung der Bereiche Geriatrie und Gerontopsychiatrie sowie Palliativmedizin. Dazu sind nach Frau E. Zeulmer in den Ländern entsprechende Voraussetzungen zu schaffen. Die dynamische Entwicklung unseres Landes erfordere in zunehmendem Maße, dass sich das Gesundheits- und Sozialwesen diesen Prozessen anpasse; dies gilt auch für eine stärkere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung unserer Patienten. Der sehr interessante und engagierte Vortrag von Frau E. Zeulmer wurde von allen Anwesenden mit großer Zustimmung und Wertschätzung aufgenommen.

Der Regionalgeschäftsführer Mitte der Helios-Kliniken, Herr Dr. M. Ivancic erläuterte die Position seines Unternehmens zum Krankenhausstrukturgesetz. Er betonte, dass die Helios-Kliniken seit vielen Jahren der Einhaltung von Qualitätskriterien eine große Bedeutung beimessen. Für sein Unternehmen sei weiter bedeutsam, dass konsequent die Ziele einer effektiven Ausnutzung der Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern sichergestellt werden. Gleichzeitig forderte er ein rationaleres Personalmanagement in den Krankenhäusern. Ärzte und Pflegekräfte sollten dort effektiv eingesetzt werden, wo sie auch wirklich notwendig sind. Herr Dr. Ivancic vertrat ferner die Position, die Leistungsfähigkeit kleiner Gesundheitseinrichtungen zu überprüfen und über sinnvolle Kooperationsmodelle in diesen Einrichtungen zu diskutieren.

Letzterer Auffassung schloss sich auch Herr P. Zur, Landesvorsitzender des Verbandes der Krankenhausdirektoren Mitteldeutschlands an.

Anhand der gegenwärtigen Struktur der Mitteldeutschen Krankenhauslandschaft plädierte er nachhaltig für gemeinsame Strategien der stationären Einrichtungen, um deren Versorgungsauftrag zu sichern.

Auch wenn es schwierig sei, in unserem komplexen Gesundheitssystem Veränderungen zu erreichen, darf sich kein Krankenhausträger diesem Anliegen verschließen. Dem Wettbewerb um Patienten, der Erfüllung wirtschaftlicher Zielsetzungen und die Daseinsfürsorge für unsere kranken Menschen sind Kriterien, denen sich alle Gesundheitseinrichtungen stellen müssen. Unter anderem verwies Herr Zur auch darauf, dass es ein gemeinsames Wirken von Geschäftsführern/Krankenhausdirektoren und Leitenden Ärzten eines Unternehmens geben muss, um die dauerhafte Existenz eines Krankenhauses zu sichern.

Der scheidende Geschäftsführer der Thüringer Landeskrankenhaus Gesellschaft, Herr M. Lorenz, nahm zu den viel diskutierten Aspekten der Qualitätssicherung in Krankenhäusern Stellung. Er verwies auf die ständigen Bemühungen der Landeskrankenhausgesellschaften und der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane, die Qualität ärztlicher Leistungen zu überwachen. Die Veröffentlichungen im Thüringer Landeskrankenhausspiegel belegen, dass in Thüringen die Betreuungsleistungen grundsätzlich mit den Noten „gut“ und „sehr gut“ bewertet werden. Gleiches gilt nach den Worten von Herrn Lorenz mit Sicherheit auch für die Bewertung stationärer Betreuungsleistungen in Sachsen und in Sachsen-Anhalt. Alle Verantwortungsträger ermahnte er aber auch, mit dem Begriff Qualität kritisch umzugehen. Denn jede Qualitätsvorgabe muss auch finanzierbar sein. Ist dies nicht der Fall, verfehlt jede, noch so gut gemeinte Absicht ihr Ziel.

Sehr kritisch bewertete H. Schmitt, der Landesgeschäftsführer der Barmer GEK-Thüringen die Vorhaltung der Krankenhausbetten im Freistaat Thüringen. Die Bettendichte in den Thüringer Krankenhäusern liege deutlich über der in Sachsen-Anhalt und Sachsen. Dies impliziere unter anderem auch, dass im Vergleich der Mitteldeutschen Bundesländer in Thüringen die höchsten Kosten je Versichertenjahr verzeichnet werden.

In Kenntnis dieser ökonomischen Daten wird seitens der Krankenkassen für Thüringen gefordert, die notwendige Zahl der Krankenhausbetten und letztlich auch die Zahl der wirklich notwendigen Krankenhauseinrichtungen zu überprüfen. Kritisch sollte sich auch, nach H. Schmitt mit Anforderungen einer wohnortnahen stationären Grundversorgung auseinandergesetzt werden. Bei Entscheidungen zur Neuordnung von Krankenhausstrukturen sollten einmal die positiven Entwicklungen in anderen Ländern der Europäischen Union genutzt werden.

Alle Veränderungen im Gesundheitswesen benötigen motivierte Ärztinnen und Ärzte, betone Frau Prof. Dr. E. Wagler (Mitglied des Landesvorstandes Sachsen des VLK und Chefärztin am Klinikum Werdau). Die zunehmende Verdichtung der Arbeitsabläufe in unseren Kliniken ist auf die steigende Bürokratisierung administrativer Verpflichtungen zurückzuführen. Diese Situation demotiviere nicht nur leitende Ärzte sondern führt vor allen Dingen zu einer Desillusionierung des medizinischen Nachwuchses. Geprägt von den Erwartungshaltungen unserer gesamten Gesellschaft, haben natürlich auch junge Ärztinnen und Ärzte geänderte Berufs- und Lebensauffassungen. Dem hohen Anteil von Frauen in medizinischen Berufen sollte auch der Krankenhausträger Rechnung tragen. Bessere Rahmenbedingungen zur Vereinbarungen von Familie- und Berufspflichten zu sichern, erscheinen nach Frau Prof. Wagler notwendig, um dem Problem des Ärztemangels zu begegnen. Veränderte Dienstmodelle oder die Schaffung kliniknaher Kindereinrichtungen sind zwar sinnvolle Vorschläge, sie können allerdings nur erste Schritte sein, um dem Motivationsverlust junger Ärztinnen und Ärzte entgegenzuwirken.

Die Weimarer Jahresversammlung des mitteldeutschen VLK-Verbundes war ein ausgezeichnetes Forum zum Gedankenaustausch über aktuelle und grundsätzliche Probleme unserer Krankenhauspolitik. Das Zusammentreffen kompetenter Verantwortungsträger aus Mitteldeutschland bildete die Gewähr, unterschiedliche Standpunkte auszutauschen. Sowohl durch die Referate und durch die Diskussion als auch in vielen persönlichen Gesprächen unter den Tagungsteilnehmern kam die gemeinsame Verantwortung für eine rationale Gestaltung der mitteldeutschen Krankenhauslandschaft zum Ausdruck. Alle Besucher des Treffens waren sich einig, dass dieser gemeinsame Gedankenaustausch mit maßgeblichen Vertretern aus den unterschiedlichen Bereichen des Krankenhauswesens der richtige Weg sei, gegenseitiges Verständnis zu erreichen, um der gemeinsamen Verantwortung für unsere Patienten gerecht zu werden.

Seminarangebot

Der VLK führt als Kooperationspartner gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank zwei Seminare zu folgenden Themen durch

- Generationen-freundliche Klinikorganisation
- Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen

Als Referenten des Seminars zum Thema „Generationen-freundliche Klinikorganisation" konnten

Professor Dr. Dr. Martin Bauer, MPH, Stellvertretender Direktor und Leiter OP-Management, Klinik Anästhesiologie, Universitätsmedizin Göttingen

und

Professor Dr. Christian Schmidt, MPH, Ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender, Universitätsmedizin Rostock

gewonnen werden.

Dieses Seminar wird zu den nachfolgend genannten Terminen und Orten durchgeführt:

- 12.02.2016, Göttingen
- 28.04.2016, Osnabrück
- 07.07.2016, München

Für das Seminar „Zielvereinbarung in Chefarztverträgen" wird

Rechtsanwalt Norbert H. Müller, Kanzlei Klostermann und Partner in Bochum

als Referent zur Verfügung stehen.

Dieses Seminar wird durchgeführt am

- 21.09.2016, Bielefeld
- 06.10.2016, München

Die Anmeldung zu den vorgenannten Seminaren kann online unter www.apobank.de/seminare erfolgen.

Für alle Rückfragen zu den vorgenannten Seminarangeboten wenden Sie sich bitte an Frau Gabriele Schäfer.
E-Mail:
gabriele.schaefer@apobank.de

Die Teilnahme an diesen Seminaren ist kostenfrei!

Einladung

Versammlung der Mitglieder des VLK aus dem Fachgebiet "Innere Medizin"

28.01.2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Zeit vom 09. bis zum 12. April 2016 findet im Congress Center Rosengarten in Mannheim der 122. Congress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin statt. Der VLK nimmt dies zum Anlass, seine Mitglieder aus dem Fachgebiet „Innere Medizin" für

Sonntag, den 10. April 2016, 12:00 Uhr - 14:00 Uhr

zu einer Mitgliederversammlung im

MARITIM Parkhotel Mannheim, Friedrichsplatz 2, 65165 Mannheim
Salon Darmstadt

einzuladen.

Der Mitgliederversammlung vorgeschaltet ist ein kleiner Imbiss, zu dem wir Sie ab 11:30 Uhr in das Foyer vor dem Salon Darmstadt im MARITIM Parkhotel herzlich einladen.

Am Nachmittag des gleichen Tages findet ebenfalls im MARITIM Parkhotel Mannheim, Raum Homburg, in der Zeit **von 14:30 Uhr bis 17:00 Uhr Rechtsberatung** für VLK-Mitglieder statt.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns mitteilen würden, ob wir mit Ihrer Teilnahme an der Mitgliederversammlung am 10. April 2016 in Mannheim rechnen dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. H.-F. Weiser
Präsident

Dipl.-Volksw. G. Norden
Hauptgeschäftsführer

Tagesordnung

Versammlung der Mitglieder des VLK aus dem Fachgebiet "Innere Medizin"

1. Begrüßung
   (Prof. Dr. Hans-Fred Weiser)

2. Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung
   GKV-VSG und KHSG
   (Prof. Dr. Hans-Fred Weiser)

3. Aktuelle Rechtsfragen
   (Rechtsanwalt Norbert H. Müller)

Anschließend Diskussion

Einladung

Versammlung der VLK-Mitglieder aus dem Fachgebiet „Anästhesiologie“

27.01.2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Zeit vom 14. bis 16. April 2016 findet im CongressCenter Leipzig der Deutsche Anästhesie Congress statt. Der VLK nimmt dies zum Anlass, seine Mitglieder aus dem Fachgebiet „Anästhesie“ für

Freitag, den 15. April 2016, 09:30 Uhr - 12:00 Uhr

zu einer Mitgliederversammlung im

CongressCenter Leipzig, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Raum 10, Ebene +2

einzuladen.

Professor Dr. Thomas Standl, Chefarzt der Klinik für Anästhesie, operative Intensiv- und Palliativmedizin im Städtischen Klinikum Solingen, wird diese Veranstaltung wie auch im Vorjahr leiten.

Am Nachmittag findet ebenfalls in Raum 10, Ebene +2, in der Zeit **von 15:00 Uhr bis 16:30 Uhr Rechtsberatung** für VLK-Mitglieder statt.

Über Ihre Teilnahme an der Mitgliederversammlung würden wir uns freuen und wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns mitteilen könnten, ob wir mit Ihrer Teilnahme rechnen dürfen. Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise nach Leipzig und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. H.-F. Weiser
Präsident

Dipl.-Volksw. G. Norden
Hauptgeschäftsführer

Tagesordnung

Versammlung der VLK-Mitglieder aus dem Fachgebiet „Anästhesiologie“

1. Begrüßung (09:30 bis 09:40 Uhr)
   Prof. Dr. Thomas Standl,
   Chefarzt der Klinik für Anästhesie, operative Intensiv- und Palliativmedizin, Städt. Klinikum Solingen

2. Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen – GKV-VSG und KHSG (09:40 Uhr bis 10:00 Uhr)
   Prof. Dr. Hans-Fred Weiser,
   Präsident des VLK

   10:00 Uhr bis 10:15 Uhr Diskussion

3. Novellierung der GOÄ (10:15 Uhr bis 11:00 Uhr)
   Dr. Bernhard Rochell,
   Verwaltungsdirektor der KBV

   11:00 bis 11:15 Uhr Diskussion

4. Aktuelle Rechtsfragen (11:15 Uhr bis 11:45 Uhr)
   Rechtsanwalt Norbert H. Müller,
   Kanzlei Klostermann & Partner, Bochum

   11:45 Uhr Diskussion

5. 12:00 Uhr kleiner Imbiss vor dem Sitzungsraum

Einladung

Versammlung der VLK-Mitglieder aus dem Fachgebiet „Chirurgie"

28.01.2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Zeit vom 26. bis zum 29. April 2016 findet im City Cube Berlin der 133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie statt.
Der VLK nimmt dies zum Anlass, seine Mitglieder aus dem Fachgebiet „Chirurgie" für

Mittwoch, den 27. April 2016, 14:00 Uhr bis 15:30 Uhr

zu einer Mitgliederversammlung im

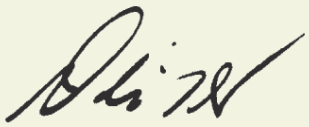
City Cube Berlin, Messedamm 26, 14055 Berlin
Raum S3

einzuladen.

Anschließend findet im gleichen Raum in der Zeit von **15:30 Uhr bis 17:00 Uhr Rechtsberatung** für VLK-Mitglieder statt.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns mitteilen würden, ob wir mit Ihrer Teilnahme an der Mitgliederversammlung am 27. April 2016 in Berlin rechnen dürfen.

Mit freundlichen Grüßen



orden
ihrer

Tagesordnung

Versammlung der VLK-Mitglieder aus dem Fachgebiet „Chirurgie“

1. Begrüßung
   (Prof. Dr. Hans-Fred Weiser)

2. Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung
   GKV-VSG und KHSG
   (Prof. Dr. Hans-Fred Weiser)

3. Aktuelle Rechtsfragen
   (Rechtsanwalt Norbert H. Müller)

Ausschreibung für den VLK-Zukunftspreis 2016

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

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

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

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

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

Wichtig sind:

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

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

bis zum 31. Mai 2016

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

Der VLK-Zukunftspreis 2016 wird im Rahmen des 5. VLK-Bundeskongresses am 15. Oktober 2016 in Berlin verliehen.

Das stand auf der Agenda

Januar - Februar 2016

11.01.2016
- Telefonkonferenz des VLK-Präsidiums

14.01.2016, Berlin
- Neujahrsempfang Bundesärztekammer /KBV
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

20.01.2016, Halle
- Gründung der Landeskrankenhauskonferenz Sachsen-Anhalt
  VLK-Teilnehmer: Dr. Bernd Klinge, Gerd Norden

23.01.2016, Berlin
- Außerordentlicher Deutscher Ärztetag,
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

01.02.2016, Berlin
- Gespräch mit Marburger Bund
  VLK-Teilnehmer: Prof. Hans-Fred Weiser, Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

04.02.2016, Berlin
- 13. Sitzung der Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Rechtsanwalt Norbert H. Müller, 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