ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

3
89. Jahrgang
Mai/Juni 2016

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © WoGi/fotolia.com

Webinare – die Zukunft der Fort- und Weiterbildung?

- Gastvortrag von Prof. Weiser im Rahmen des 119. Deutschen Ärztetages
- Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und seine Auswirkungen auf die Finanzierung von stationären Krankenhausleistungen

Einladung zum digitalen VLK-Besuch

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

„Eins, zwei, drei im Sauseschritt / Läuft die Zeit; wir laufen mit." – Daran hat sich seit Wilhelm Busch augenscheinlich nichts geändert. Im Gegenteil: Inzwischen sehen wir Innovationen binnen kürzester Zeit die Welt erobern und ebenso rasch wieder zu alten Hüten werden. Das Faxgerät beispielsweise, oder die Videokassette... Verstaubte Erinnerungen an eine – gefühlt – längst vergangene Epoche. Kein Grund zu Melancholie, aber ein Hinweis darauf, wachsam zu sein und nicht auf jeden Trend aufzuspringen, nur weil er gerade von den Medien oder einer hektischen Beraterszene zur „Innovation des Jahrhunderts" hochstilisiert wird.

Trotzdem: Ein Megatrend lässt sich erkennen, von dem wir jetzt schon wissen, dass er in der Tat die Arbeitswelt und die sozialen Beziehungen nachhaltig bestimmen und verändern wird: die so genannte Digitalisierung. Und was wäre der VLK für ein Verband, wenn er nicht auch diese Entwicklung prüfen, aufgreifen und zum Nutzen seiner Mitglieder adaptieren würde? Deswegen darf ich Ihnen heute auch ganz neue „Produkte" vorstellen, mit denen der VLK Ihnen das Leben zukünftig noch einfacher machen und den Dialog mit Ihnen intensivieren möchte:

Als erstes wäre hier unser neues Veranstaltungsangebot der „Webinare" zu nennen. Immer aufwendiger wird es, sich „physisch" zu treffen, um aktuelles Wissen zu vermitteln und die Trends der Zeit aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten. Das ist aber dank der immer schneller werdenden Internetverbindungen gar nicht mehr nötig: Ton, Bild und Foliensätze können inzwischen in den meisten Regionen synchron übertragen werden, so dass Sie sich dank unseres zukünftigen Webinar-Angebots für ein VLK-Seminar nicht mehr in physische Bewegung setzen müssen: Die VLK-Botschaften kommen zu Ihnen, und wir würden uns freuen, wenn wir Sie möglichst oft direkt in Ihrem Büro mit hilfreichen Informationen versorgen könnten. Schauen Sie einfach auf unserer Webseite vorbei und prüfen Sie unser Angebot!

Vielleicht ergibt sich aus diesen Webinaren ja tatsächlich auch so etwas wie ein regelmäßiger Online-Stammtisch, bei dem das Tagesgeschehen kurz reflektiert werden kann. Gerade in der aktuellen Situation wäre eine solche engmaschige und rasche Kommunikation hilfreich. Denn Ihnen wird sicher nicht entgangen sein, dass der VLK maßgeblich an Beschlüssen des 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg beteiligt gewesen ist, in denen es um das wachsende Spannungsverhältnis zwischen einer medizinisch-ethischen Patientenbehandlung und der fortschreitenden Ökonomisierung (eher schon Kommerzialisierung) der Krankenhauswelt ging. Da jeder einzelne Kollege sich hier in seinem beruflichen Umfeld einem immer größeren Druck ausgesetzt sieht, sind wir – auch zur politischen Vermittlung der Situation – auf Ihre Berichte und den engen Dialog mit Ihnen notwendig angewiesen.

Diesem engen Dialog dienen auch zwei weitere neue „digitale Angebote", auf die ich Sie heute aufmerksam machen möchte: Der VLK ist nämlich jetzt auch in den beiden wichtigsten sozialen Netzwerken der Berufswelt vertreten: bei Xing und bei LinkedIn. Hier haben wir die Möglichkeit, sehr rasch über aktuelle Entwicklungen und Aktivitäten zu berichten und die Tagespolitik gewissermaßen „in Echtzeit" kommentieren und begleiten zu können. Wenn Sie selbst schon Mitglied in einem dieser Netzwerke sind (und wir finden hier tatsächlich mehr VLK-Mitglieder als wir dachten), würde ich mich über einen Besuch freuen: https://www.xing.com/profile/HansFred_Weiser2 oder https://de.linkedin.com/in/prof-dr-hans-fred-weiser-609814121

Und im Prinzip ist es ja dann doch „wie früher": Man kommt vorbei und lässt eine Visitenkarte da.

Auf Ihren digitalen Besuch freut sich – mit besten Grüßen

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

101 **Einladung zum digitalen VLK-Besuch**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

104 **Webinare**
· Webinare – die Zukunft der Fort- und Weiterbildung?
Dr. Babett Ramsauer und Dr. Thilo Gröning

110 · Wie beim gemeinsamen „Fußballgucken"
Interview mit PD Dr. Holger Maul

Berufs-und Gesundheitspolitik

112 **Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

116 **Das KHSG und seine Auswirkungen auf die Finanzierung von stationären Krankenhausleistungen**
Dr. Christian Jaeger

Recht

123 **Aufsicht nach fachlicher Weisung – „en passant" –**
RA Marc Rumpenhorst

126 **Chefärzte: Leitende Angestellte und leitende Mitarbeiter?**
RA Norbert H. Müller und RA Marc Rumpenhorst

Rubriken

VLK intern
131 5. VLK-Bundeskongress
134 Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bayern
103 Personen und Hintergründe
137 Agenda
109 **Impressum**
130 **Bücher**
Prof. Dr. Karl-Heinz Schriefers

Webinar als Fortbildungsinstrument
Durch die technische Voraussetzung einer unbegrenzten Teilnehmerzahl eignet sich ein Webinar auch für große Veranstaltungen. Besonders im Fort- und Weiterbildungsbereich beginnt sich dieses Produkt zu etablieren.

Foto: © WoGi/fotolia.com

104

Chefärzte sind keine „Key Account Manager"
Ethisch verantwortungsbewusste Medizin kennt nicht den Verkauf von Diagnose und Therapie zur Prestigesteigerung oder Gewinnmaximierung des Unternehmens Krankenhaus! Diese Aussage des Präsidenten des VLK im Rahmen seines Gastvortrages beim 119. Deutschen Ärztetag wurde mit viel Beifall bedacht.

Quelle: L et V Verlag

112

Komplizierte und konfliktbehaftete Verhandlungen sind zu erwarten
Das seit dem 01.01.2016 in Kraft getretene KHSG wird erhebliche Veränderungen in Bezug auf die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser mit sich bringen. Der Autor zeigt auf, wie sich die verschiedenen Eingriffe in die Kalkulationsmethodik und die Neuausrichtung der Finanzierung von Leistungsveränderungen auswirken werden.

Foto: ©/fotolia.com

116

Kein lex speciales für Speziallaborleistungen
Für die Anwesenheit des Arztes im Labor während des Untersuchungsganges findet sich in der GOÄ nach Auffassung des Landgerichts Düsseldorf keine Stütze. Kleinere Krankenhäuser, die sich keinen eigenen Laborleiter leisten können und einen klinikleitenden Chefarzt auch mit der Laborleitung betraut haben, können zunächst aufatmen.

Foto: © Photographee.eu/fotolia.com

126

Neuer Vorsitzender des Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz im VLK wählte am 21.04.2016 in Trier Herrn **Professor Dr. Hans-Peter Busch**, ehemals Chefarzt der Radiologie/Neuroradiologie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, zum neuen Vorsitzenden des Landesverbandes Rheinland-Pfalz im VLK.

Prof. Busch folgt damit in dieser Funktion Herrn **Dr. Peter Alleroedder**, der zwischenzeitlich seinen Arbeitsschwerpunkt in die Schweiz verlagert hat.

Professor Dr. Hans-Peter Busch

Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte

„Die Zahl der Ärzte steigt, aber der Bedarf steigt schneller". So fasste **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery**, Präsident der Bundesärztekammer, die Ergebnisse der Ärztestatistik für das Jahr 2015 zusammen. Wie aus den Daten der BÄK hervorgeht, erhöhte sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ärztlich tätigen Mediziner im vergangenen Jahr nur leicht um 1,7 %. Das bedeutet einen Anstieg auf nunmehr 371.302 bundesweit. Davon arbeiteten 189.622 im Krankenhaus. Ambulant tätig waren 150.106 Ärzte. Gleichzeitig stieg die Zahl der Behandlungsfälle kontinuierlich an, und ein Ende dieses Trends ist nicht in Sicht. Zwischen 2004 und 2014 erhöhte sich die Zahl der ambulanten Behandlungen in Deutschland um 152 Mio.. Ähnlich sieht es in den Krankenhäusern aus. Die Unternehmensberatung Deloitte prognostiziert bis zum Jahre 2030 eine Zunahme der Fallzahlen im stationären Bereich um mehr als 12 %. Verantwortlich dafür ist vor allem der steigende Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der über 60-jährigen Patienten in den Krankenhäusern 51,5 %. Bis zum Jahr 2030 erwarten die Experten von Deloitte einen Anstieg auf 60,8 %.

Deutsches Krankenhausverzeichnis aktualisiert

Das Deutsche Krankenhausverzeichnis (DKV) wurde aktualisiert und nutzerfreundlicher gestaltet. Es bietet Patienten und einweisenden Ärzten umfassende Informationen über die Leistungen der Krankenhäuser in den Regionen und deutschlandweit. Fast 4 Mio. mal wurde das Verzeichnis jährlich aufgerufen.

„Die Datenbestände aus den sogenannten strukturierten Qualitätsberichten sind für Patienten nicht leicht verständlich. Im DKV bieten wir aber leichte Suchmöglichkeiten. Mit einer umgangssprachlichen Umschreibung können Krankheitsbilder und passende Krankenhäuser gefunden werden. Was das DKV einmalig macht, ist die Möglichkeit der Krankenhäuser, ihre Daten stetig zu aktualisieren. Damit ist das DKV eine Suchmaschine, die mit tagesaktuellen Daten arbeitet. Und es ist das einzige Verzeichnis in Deutschland, das die Suche auch in einer englischsprachigen Version erlaubt", so der Hauptgeschäftsführer der DKG, Georg Baum.

Das DKV ist unter **www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de** zu finden.

Dr. Jonitz mit Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, **Dr. Günther Jonitz**, hat das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland erhalten. Der Berliner Senator für Gesundheit und Soziales, **Mario Czaja**, überreichte **Jonitz** die Auszeichnung am Mittwoch im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung in der Ärztekammer Berlin. „Wir ehren damit einen Arzt, der sich herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen erworben hat", sagte **Czaja** in seiner Dankesrede. „Die Gemeinwohlbindung der Ärzteschaft ist **Jonitz** ein ganz persönliches Kernanliegen, für das er sich in herausragender Weise engagiert", erklärte **Czaja**.

Dr. Günther Jonitz

Dr. Babett Ramsauer und Dr. Thilo Gröning

Webinar - die Zukunft der Fort- und Weiterbildung?

Stellen Sie sich vor, ein Kongressvortrag mit tausend angemeldeten Teilnehmern und keiner ist da… Dann handelt es sich unter Umständen um ein Webinar. Ein Webinar ist das Abhalten eines Seminars im World Wide Web über das Internet. Das Wort ist ein Neologismus von Web (World Wide Web) und Seminar und seit 2003 als Wortmarke eingetragen.

Das Besondere ist, dass auch auf der internetbasierten Vortragsform eine interaktive Teilnahme mit einer beidseitigen Kommunikation zwischen den Vortragenden und den Teilnehmern möglich ist. Neben der Übertragung des Tons ist die Übertragung des Bildes, also der Präsentationfolie oder als Video/Filmübertragung möglich. In kleinerem Teilnehmerkreis sind auch Livebilder der Redner zusätzlich oder wechselweise zur Präsentation eine technische Möglichkeit.

Sowohl die Ton- als auch die Bildübertragung erfolgen über das Internet, die Liveübertragung der Redner über Webcamara des PC. Somit ist die einzige Voraussetzung zur Teilnahme eine Internetverbindung plus PC, Tablet-PC oder Smartphone, also ein internetfähiges Kommunikationsgerät. Über Softwareanbieter als Cloudlösung wird die Teilnahme und die Übertragung ermöglicht. Die Moderatoren des Webinar können über die Zuteilung der Sprechrechte oder auch gezielte Freischaltung des Monitor die Teilnehmer aktiv in die Diskussion zuschalten. Dazu werden als Tonübertragung sowohl Telefonschaltungen wie auch computerangeschlossenen Headsets genutzt. Auch mehrere Personen können gleichzeitig Themen erörtern, weitere Interaktionsmöglichkeiten bestehen via Chat oder als ad hoc Umfragen.

Webinar als Fortbildungsinstrument

Durch die technische Voraussetzung einer unbegrenzten Teilnehmerzahl eignet sich ein Webinar auch für große Veranstaltungen. Besonders im Fort- und Weiterbildungsbereich beginnt sich dieses Produkt zu etablieren. Weitere Felder stellen Analysegespräche, Produkteinführungen und e-Learning dar.

Um diese Entwicklung weg von der lokalen Veranstaltung hin zu einer weltweiten Teilnahme zu verstehen, sollten einige spezielle Punkte genauer betrachtet werden.

Die Organisation eines Webinar über den Softwareanbieter erfordert einen vertraglichen Zusammenschluss. Potentielle Teilnehmer müssen sich für die angebotene Veranstaltung anmelden. Dies geschieht meist über die Internetseite des Webinaranbieters. Eine solche Anmeldung kann auch noch sehr kurzfristig, gewöhnlich auch in der schon laufenden Veranstaltung erfolgen. Limitierung oder Einschränkungen der Teilnahme ist über spezielle Zugangsberechtigungen möglich. Auch können Teilnahmegebühren erhoben werden.

Dr. Babett Ramsauer

Foto: www.praxis-groening.de

Dr. Thilo Gröning

Eine kurzfristige Zuschaltung zu speziellen Seminarpunkten, ein kurzes Statement eines Spezialisten, die verspätet Teilnahme, ein verfrühter Ausstieg ist, gemessen an dem Aufwand, leicht zu bewerkstelligen. Wer macht schon gerne eine Reise über mehrere hundert Kilometer für eine Stellungnahme von 10 Minuten?

Man kann es schon die besondere Psychologie der Teilnahme an einem Webinar nennen. Sie zeichnet sich aus durch Schlagworte wie Freiheit, Individuali-

tät, Flexibilität und Ökonomie.

In der Zeitverknappung, oder nennen wir es besser die Notwendigkeit eines effektiven Zeitmanagement, ist es von großem Vorteil sich zu ausgewählten Teilen einer Veranstaltung einzuloggen. Hat man doch in einer Veranstaltung im klassischen Kontext eher die Hemmung den Redner nicht durch das Verlassen des Raumes oder das zu Spät kommen zu irritieren oder sogar, ohne es zu wollen, ihm das Gefühl des Desinteresse zu vermitteln, so ist das in der Anonymität eines Webinar ohne weiteres möglich. Die aktive und passive Teilnahme ist, bedingt durch die technische Voraussetzung von jedem Ort der Welt möglich. Somit können nicht nur Spezialisten, die an anderen Orten leben ohne Problem zugeschaltet werden sondern auch die temporäre Abwesenheit bedingt durch Urlaube, Teilnahme an anderen Seminaren, Anwesenheitspflicht am Arbeitsplatz macht eine Teilnahme an einem (Webinar) Seminar trotzdem möglich.

Für Spezialisten, die in anderen Ländern ihr Tätigkeitsfeld haben, ist die Zuschaltung in ein Webinar normalerweise kein Problem auch wenn eine Vorortteilnahme möglicherweise durch die Distanz zum Veranstaltungsort nicht stattfinden könnte.

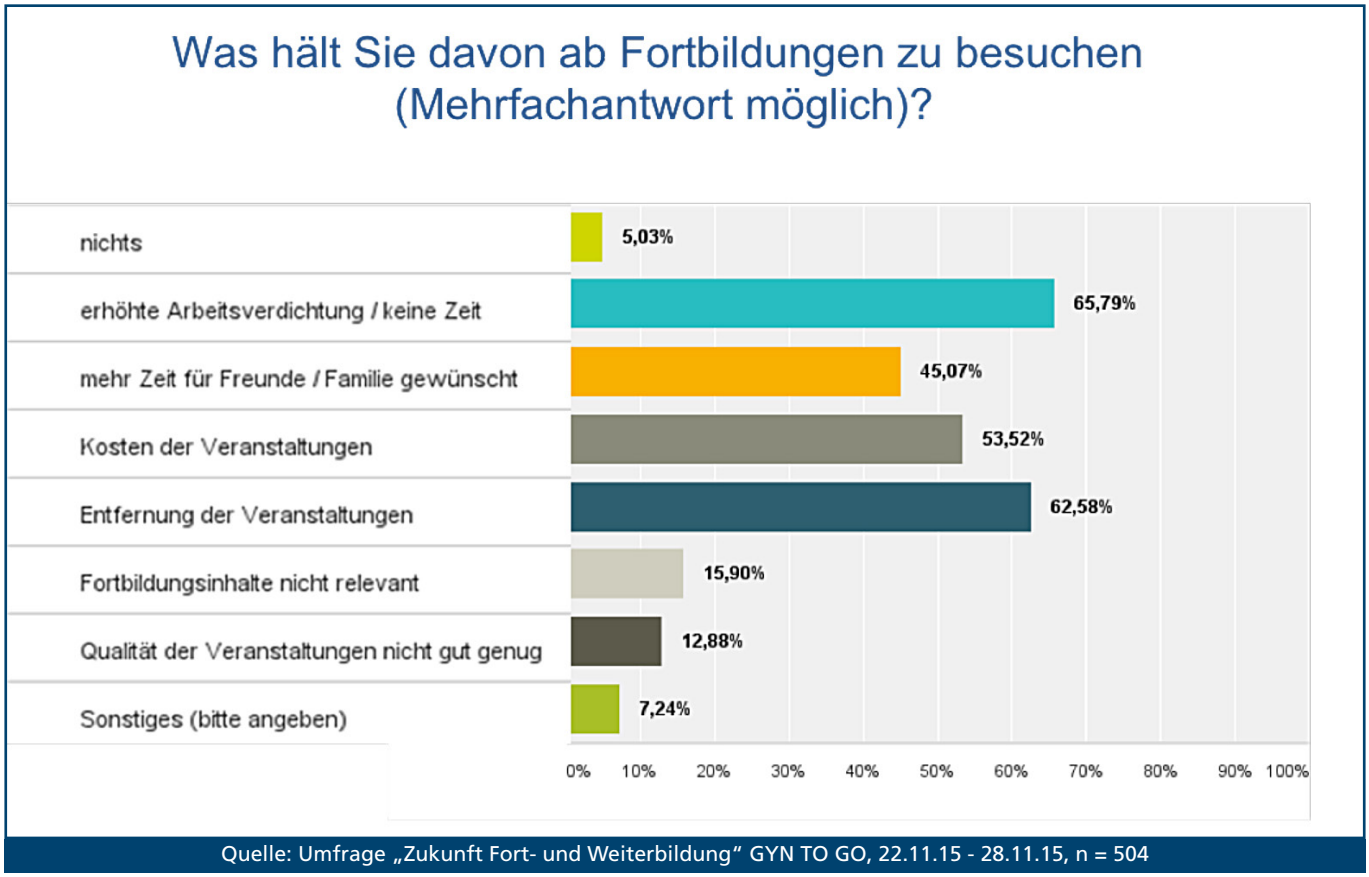
Betracht man nun die besondere Möglichkeit die ein Webinar für die Organisation und Bereitstellung von Fortbildungsveranstaltungen im medizinischen Sektor bietet, so ist es für Mediziner von immenser Bedeutung, immer auf dem neuesten Wissensstand zu bleiben, zu ihrem eigenen Nutzen und für die Patienten. Medizinische Berufe sind – mehr noch als viele andere Berufe – ständiges Lernen, niemals endende Fortbildung.
Für eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung ist eine hohe Qualität an die ärztliche Weiterbildung und Fortbildung gefordert. Eine Teilnahme an Fortbildungsveranstaltung ist durch die deutliche Arbeitsverdichtung nicht mehr gewährleistet. Was vor Jahren noch möglich war, die Teilnahme an einem mehrtägigen Kongress, auch für Weiterbildungsassistenten, ist inzwischen selbst für Ärzte in leitender Position nicht mehr zu garantieren. Dienstpläne und Arbeitszeitregelungen lassen kaum Freiraum für Abwesenheiten aus der Klinik und Praxis zu. Betrachtet man andererseits den Bedarf, so ist besonders durch Spezialisierung in vielen Bereichen keine allumfassende Ausbildung mehr bereitzustellen. Sehr kleine Kliniken, mit noch engeren Personalschlüsseln können oft sogar gar nicht mehr das gesamte Spektrum des Fachgebietes anbieten. Trotzdem besteht eine Pflicht an der Teilnahme von Fortbildungsveranstaltungen die in regelmäßigen Abständen bei den zuständigen Ärztekammern nachgewiesen werden muss.
Medizinische Fort- und Weiterbildung über Webinare lösen diese geschilderten Probleme weitestgehend. Die Teilnahme bedeutet lediglich die Freistellung für den tatsächlichen Zeitraum der Fortbildungen. Es ermöglicht sogar die Einspielung des Seminars in die Praxis oder Klinik und fungiert somit gleichzeitig als klinikinterne Fortbildungsmöglicheit und bringt damit alle Kollegen auf einen gleichen Wissenstand. Der „Bericht von der Kongressreise“ der die zu Hause gebliebenen Kollegen über die Kongresshighlights informieren soll findet ja häufig nicht in der Ausführlichkeit statt.
Dienstausfälle sind nur auf das Notwendige bzw. die Dauer der Veranstaltung beschränkt. Eine CME -Zertifizierung ist auch im Webinar möglich. Über die Ärztekammer wird nach Vorlage der Programminhalte eine Zuteilung von CME-Punkten ermöglicht. Die Fortbildungsanmeldung der ärztlichen Teilnehmer erfolgt einmalig unter Angabe der persönlichen EFN-Nummer. Am Ende der Veranstaltung wird ein Password eingeblendet über das die Ärzte ihre Fortbildungspunkte beantragen können. Im Anschluss an die Veranstaltung

Quelle: Prof. Dr. M. Abou-Dakn, Berlin

werden dann die erworbenen Fortbildungspunkte auf elektronischem Weg an die Bundesärztekammer gemeldet..
Eine Evaluation, wie sie von den Ärztekammern gefordert wird, ist ebenso möglich. Ein Highlight ist, dass die Bewertung zeitnah den Referenten zur Verfügung gestellt werden kann. Somit erhalten die Referenten ein wichtiges Feedback zu Ihrem Vortrag, auch wenn sie das Auditorium nicht vor Ort vor sich haben. Die Evaluationen erfolgen in der Regel objektiver, da sie völlig anonym per Internet erstellt werden.

Welche technischen Voraussetzungen sind nötig?

Anbieter von Webinar-Software sind unter anderem Citrix, Adobe, Spreed, edudip, nutucate, Lindenbaum und WebEx. Diese bieten alle die notwendige Software und Plattform für die Planung und Organisation eines Webinars an. Die Spektren und die Serviceangebote variieren jedoch. Nach Vertragsabschluss mit dem Anbieter kann der Webinarorganisator ein Webinar über die Plattform einrichten. Das Angebot des Webinar muss gewöhnlich von dem Webinaranbieter selber beworben werden. Die potentiellen Teilnehmer melden sich, internetbasiert, für die Teilnahme an und erhalten über das Softwareprogramm einen Einwahllink. In den meisten Fällen werden über ein Event-Einladungsmanagement Erinnerungsmails automatisch vor dem Seminar an die angemeldeten Teilnehmer verschickt. Die direkte Teilnahme erfolgt dann via Internet über die Anwahl des Links. Über den Teilnehmerlink, gelangt der Teilnehmer direkt auf die Plattform, auf der das Seminar abgehalten wird. Als technische Voraussetzung ist lediglich ein Internetzugang und ein internetfähiges Kommunikationsgerät notwendig. Bei einer zu geringen Bandbreite der Internetverbindung des Teilnehmers kann es zu einer verzögerten Bildübertragung kommen. In solchen Fällen kann die Tonübertragung über Telefonübertragung eine gangbare Lösung sein. Da zunehmend Internetverbindungen mit ausreichender Bandbreite vorhanden sind, ist dies ein immer seltener werdendes Problem. Solche Telefonkonferenzen werden in der Regel über die gleiche Webinar-Software zur Verfügung gestellt.
Für die Referenten ist die Einwahl in gleicher Weise möglich. Auch sie erhalten einen Einwahllink der sie als „Diskussionsteilnehmer“ identifiziert. Alle Diskussionsteilnehmer können, schon vor der Freischaltung des Webinar, im geschützten Raum untereinander und mit den Organisatoren Kontakt aufnehmen und noch letzte Details für die anstehende Veranstaltung unter Ausschluss des Auditoriums abzusprechen. Der/die Organi-



Quelle: Umfrage „Zukunft Fort- und Weiterbildung“ GYN TO GO, 22.11.15 - 28.11.15, n = 504

satoren haben die Möglichkeit das Webinar zu starten, Diskussionsteilnehmer in den Moderatorenstatus zu bringen und die Mikrophone der Teilnehmer stumm oder aktiv zu schalten. Während der laufenden Session sind ad-Hoc Umfragen unter den Teilnehmern möglich die direkt ausgewertet werden und in die Session mit aufgenommen werden können. Während des Referates können einzelne Mikrophone aktiv geschaltet werden um mögliche Zwischenfragen einzuspielen. Fragen die per Chat gestellt werden, sind dem Organisator zugänglich und er kann diese dann in die Diskussion mit einfließen lassen. Besonders die Fragemöglichkeit über den Chat ermöglicht es Fragen zu bündelnd und damit eine Redundanz, wie man sie von so mancher Vorortveranstaltung kennt, zu vermeiden. Die Anonymität der Teilnahme vom eigenen PC, aber auch die Möglichkeit des Chat ist für viele Teilnehmer ein angenehmes Modul gewisse Hemmungen bei der Frage an den Referenten zu überwinden und führt oft zu sehr regen Diskussionen am Ende der Veranstaltungen.

Ökonomische und zeitliche Vorteile

In dem bisher Geschilderten wurde schon mehrfach der Faktor Zeit und Ökonomie erwähnt. Da aber gerade hier so unschlagbare Argumente für die Etablierung eines Webinars liegen und darin auch sicher die Ursache zu finden ist, dass die Durchführung und Verbreitung der Webinare so extrem gut angenommen werden, lohnt sich ein tieferer Einblick in diese Thematik. Für eine Teilnahme an einer wohnortfernen Veranstaltung, mit einer Anreise von mehr als 400 km ist gewöhnlich eine Reisezeit für eine Strecke, egal ob per Bahn, PKW oder Flug, von vier Stunden von Haustür bis zum Kongressort zu kalkulieren. Bei einer Vortragsdauer unter zwei Stunden ist eine Abreise am gleichen Tag möglich, ansonsten wird auch noch eine Übernachtung notwendig. Bei Abreise am gleichen Tag ist also „lediglich“ ein Arbeitstag zu kalkulieren, ansonsten zwei. Daneben müssen Verpflegungskosten und Raummiete, umgelegt auf die potentiellen Teilnehmer, noch berechnet werden. In der Summe ergibt sich daraus ein finanzieller Aufwand pro Teilnehmer von 670,00 € für eine Veranstaltung von zwei Stunden Dauer. (Vgl. Abb 1.)

Neben den ökonomischen und zeitlichen Faktoren sollten auch Aspekte der Familienfreundlichkeit und der sogenannten Parallelisierung von Tätigkeiten bei der Teilnahme an einem Webinar nicht unerwähnt bleiben. Die Teilnahme an einem Webinar von zu Hause ermöglicht in den meisten Fällen eine gleichzeitige Beaufsichtigung der Kinder. Der

GYN TO GO – Santa Barbara, Californien

Webinar Faktor Zeit

• Zeitersparnis	
– Aktive Veranstaltungszeit	2 Stunden
– Anreise	Ø 4 Stunden
– Abreise	Ø 4 Stunden
– Abwesenheit Arbeitstag	1

Webinar Faktor Ökonomie

• Arbeitszeit	250,00 €/Tag
• Reisekosten	200,00 €
• Übernachtungskosten	100,00 €/Nacht
• Raummiete	20,00 - 50,00 €
• Verpflegung	70,00 €/Person
• **Summe**	**670,00 €**

Abbildung 1

finanzielle und organisatorische Aufwand für eine Kinderbetreuung erübrigt sich. Mütter/Väter auch in Elternzeit haben so die Möglichkeit auf dem aktuellen medizinischen Wissenstand zu bleiben und nicht mit einen Jahr „(Eltern)Auszeit“ in den Beruf zurückzukehren.

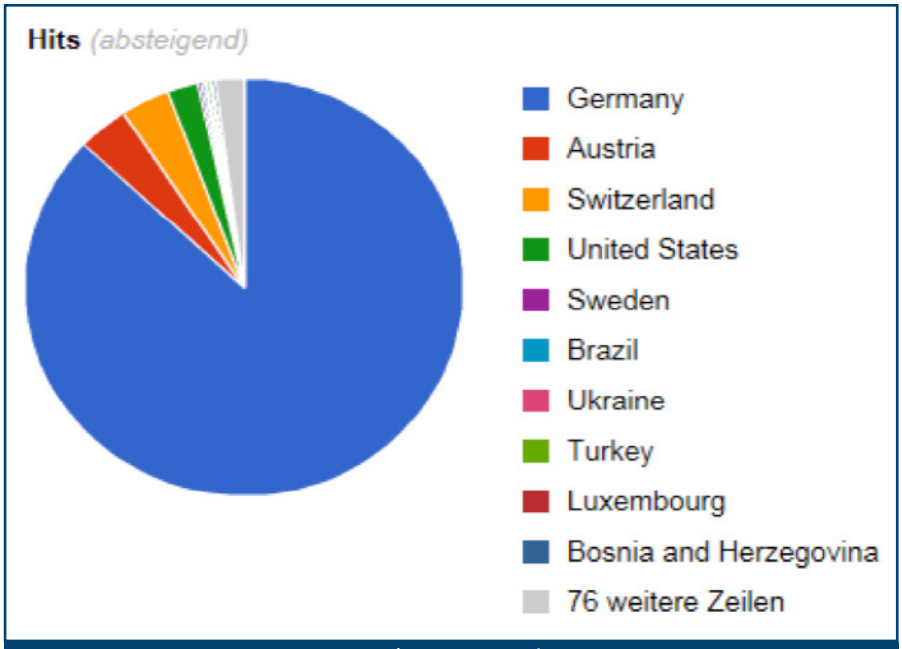
Unter Parallelisieren von Tätigkeiten möchten wir ein kurzes Beispiel aufführen. Trotz Teilnahme an einem Webinar ist eine telefonische Erreichbarkeit, ohne die Störung des Auditoriums, möglich. Fragen können beantwortet, medizinische Entscheidungen gemeinsam diskutiert werden. Von Ärzten in höher gestellter Position oder mit speziellen Aufgabengebieten wird ja nicht selten eine Standby-Funktion für schwierige Operationen/Eingriffe gefordert. In diese Zeit ist parallel die Teilnahme an einem Webinar möglich. Dies nur zwei von vielen denkbaren Möglichkeiten.

GynToGo eine Onlinefortbildung mit großem Erfolg

Es gibt inzwischen eine wachsende Anzahl von Webinaren auch im medizinischen Bereich. Vor über fünf Jahren wurde die Online-Fortbildung GynToGo webinarbasiert gegründet. Die beiden Organisatoren wollten ihren Kollegen und dem Nachwuchs in der Frauenheilkunde unbedingt wieder die Möglichkeit bieten, ganz unabhängig von finanziellen Hürden oder personellen Engpässen in der Klinik an wichtigen Fortbildungen teilzunehmen. GynToGo ist eine kostenfreie Online-Fortbildungsplattform für Gynäkologen und frauenheilkundliches Fachpersonal, die mittlerweile Medizinern in aller Welt ermöglicht, stets auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu bleiben. Das Projekt erzielt in der Fachwelt mittlerweile eine große Wirkung. Die ursprüngliche Idee, Fort- und Weiterbildung wieder allen zugänglich zu machen und auch die hochspezialisierten Referenten auf Dauer für das Projekt zu gewinnen ist aufgegangen. Der Anfang war mit 100 Lizenzen für die Teilnehmer geplant. Schon nach wenigen Wochen musste auf tausend Lizenzen erweitert werden und inzwischen liegen häufig mehr als tausend Anmeldungen pro Veranstaltung vor.
So wurde von einem Referenten sehr treffend beschrieben: „GynToGo ist ein einzigartiges internetbasiertes Fortbildungsangebot für Geburtsmediziner und Gynäkologen. Die Effizienz ist immens. Als Referent kann ich einfach von meinem Arbeitsplatz aus praxisrelevant vor internationalem Publikum referieren. Das Format ist also nicht nur ökologisch wertvoll, es ist auch ökonomisch für Kliniken und Praxen von riesigem Vorteil, da keinerlei Anmeldegebühren und Reisekosten entstehen. Als Referent leiste ich gerne meinen Beitrag, weil es für mich eine Ehre und Selbstverständlichkeit ist, dort honorarfrei vorzutragen.

Mit Hilfe eines Onlinekonferenzsystems, das die Plattform GynToGo allen Teilnehmern zur Verfügung stellt, werden jeden Mittwoch live am Morgen und am Abend die Fortbildungen mit wechselnden Referenten übertragen. Bis zu 1.600 Mediziner nehmen an den mittwochlichen Video-Konferenz teil: Weiterbildungsassistenten,niedergelassene Ärzte, Fachärzte, Oberärzte und Chefärzte gehören zu den Zuhörern, auch Hebammen und Studenten haben das Portal für sich entdeckt. Die Themen decken alle Bereiche ab: Geburtshilfe, Gynäkologie und Endokrinologie. Die Teilnehmer machen sich aus der ganzen Welt auf den virtuellen Weg zu GynToGo.

Derzeit gibt es 7.046 registrierte Nutzer. Bei einer Gesamtzahl von 17.651 Gynäkologen laut Bundesärztekammer aus dem Jahre 2014, bilden sich ca. 39,9% der Gynäkologen aus Deutschland über GynToGo fort.
Im Kursjahr von GynToGo sind neben den Mittwochs-Veran-



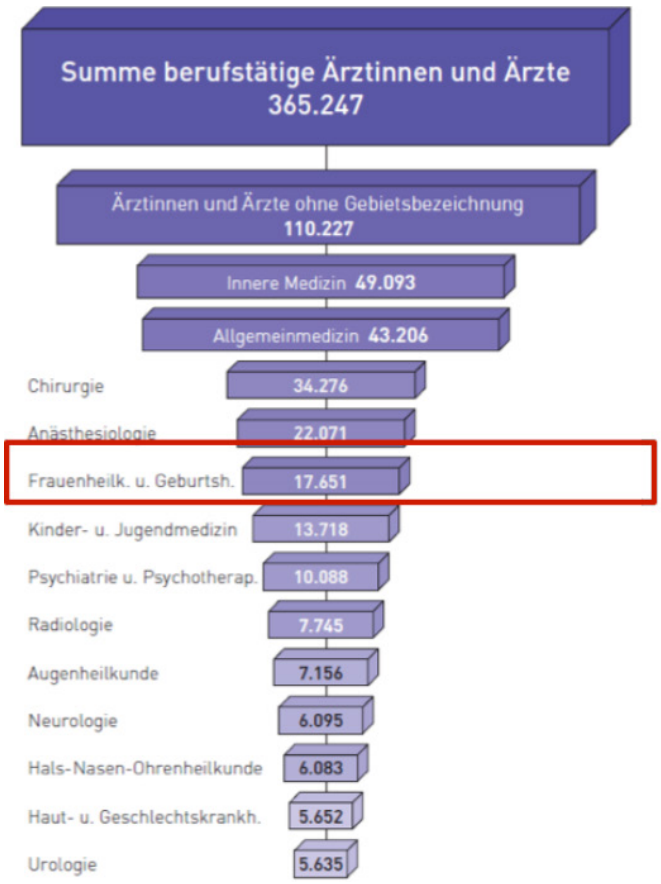
Besucher Internetseite

staltungen drei bis vier Spezial-Themen die jeweils an einem Samstagvormittag abgehandelt werden eingeplant. Pro Kursjahr finden über 100 Veranstaltungen statt.

Nach über fünf Jahren ist der Mittwoch in vielen deutschen Kliniken und Praxen bereits „GynToGo-Tag". Ärzte, die mittwochmorgens keine Gelegenheit haben, an der Fortbildung live teilzunehmen, erhalten am Abend eine zweite Chance.

Durch die extrem hohe Akzeptanz dieses Fortbildungsmediums bei Teilnehmern und Refernten in der Frauenheilkunde sollte die Zukunft in einer Ausweitung auf andere Fachbereiche liegen. Ein weiteres Ziel ist die Implementierung dieser Fortbildungsform in die Weiterbildungsordnung zum Facharzt, um eine möglichst breite Grundausbildung zu unterstützen.

An beiden Punkten sehen die Organisatoren für die nächsten Jahre eine wichtige Aufgabe. Die Plattform UniToGo als Dachverband für die Beherbergung der anderen Fachbereiche ist bereits gegründet. Fachliche und technische Unterstützung werden die beiden Organisatoren gerne übernehmen. Es bedarf allerdings begeisterter Ärzte aus anderen Fachgebieten, die auf dieses großartige Portal mit aufspringen wollen.



1/3 der Frauenärzte bildet sich regelmäßig über GYN TO GO fort

Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2014, Quelle: Statistik der BÄK

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.

Wie beim gemeinsamen „Fußballgucken“

Interview mit PD Dr. Holger Maul, Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg im VLK und Chefarzt der Frauenklink des Kath. Marienkrankenhauses Hamburg

?1. Als Leiter der VLK-Arbeitsgruppe „Frischer Wind“ haben Sie den Gedanken der Durchführung von Webinaren ins Gespräch gebracht. Wie kann der VLK diese Idee für seine Ziele nutzen?

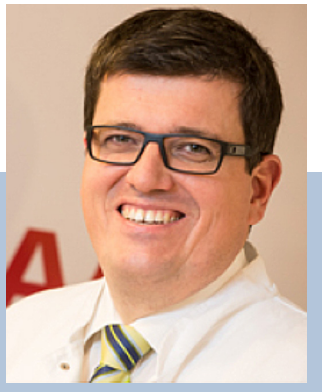
Meiner Meinung nach haben viele Ärzte Interesse daran, sich berufspolitisch weiterzubilden, um auch argumentativ auf Augenhöhe zu sein. Die meisten haben aber keine Zeit mehr, um für Seminare ein ganzes Wochenende zu opfern oder neben dem ohnehin straffen Tagesprogramm noch zu reisen. Die Webinare geben uns die Möglichkeit, die Informationen zu Zeiten, wo auch Klinikärzte Zeit haben, weiterzugeben. Und dies in heimischer Atmosphäre vor dem Computer, ohne Reisetätigkeit und ohne zusätzliche Kosten.

?2. Haben Sie selbst schon an Webinaren teilgenommen? Wie sind Ihre Erfahrungen mit diesem Format?

Selbstverständlich! Meine Erfahrungen sowohl als Teilnehmer, aber auch als Referent waren sehr positiv. Vor allem die Möglichkeit, als Referent über die Plattform auch Kontakt zu den Zuhörern bzw. Zuschauern aufzunehmen, habe ich sehr gut gefunden. Am besten fand ich allerdings, dass ich nicht gezwungen war zu reisen, mich nicht umziehen zu müssen. Natürlich fehlt beim direkten Austausch mit den Kollegen zwar der Blickkontakt, ein Austausch ist aber möglich. Man kann über die Webinarplattform Fragen stellen, mitdiskutieren, sich einbringen. Aber in erster Linie geht es bei den Webinaren ja um Inhalte, um konkreten Wissenszuwachs, um Informationsvermittlung. Und einmal ehrlich: wie intensiv wird denn wirklich auf den „regulären“ Veranstaltungen diskutiert. Am allermeisten in den Kaffeepausen. Wem die Webinare allzu „steril“ sein sollten: Aus der bisherigen Erfahrung mit Webinaren weiß ich, dass oft ganze Gruppen an Webinaren teilnehmen: Qualitätszirkel, ärztliche Fortbildungen, der Kollegenkreis. Ähnlich wie beim gemeinsamen „Fußballgucken“ trifft man sich im kleineren oder größeren Kreis zum Webinar. Hier können dann die Webinare als Grundlage für dann unmittelbar anschließende Diskussionen im diesem Kreise sein. Probieren Sie es aber selber aus: Der Kreativität sind eigentlich keine Grenzen gesetzt, wenn man einmal die Scheu davor verloren hat.

?3. Welche konkreten Themen wird der VLK in diesem Format anbieten?

Wir werden einen breite Palette an Themen abzubilden versuchen. Das erste gemeinsame Brainstorming kam zu folgendem Ergebnis: „Personalrecruiting unter erschwerten Bedingungen“, „Chefarzt und MVZ-Tätigkeit“, „Bilanzen verstehen“, „Marketing als Chefarzt“, „Möglichkeiten der Zuweiserbindung“, „Clinical Management“, „Personalbedarfsanalyse“ und vieles mehr. Wir werden uns große Mühe geben, dass auch die auf den ersten Blick etwas spröderen Themen verständlich „rüberkommen“. Geeignete Referenten, die das didaktisch gut vermitteln können, haben wir zuhauf in unseren eigenen Reihen oder kennen wir durch unsere Tätigkeit. Selbstverständlich sind wir für alle Themenvorschläge offen. Das Schöne an einer elektronischen Plattform ist ja, dass man sich sofort mit Vorschlägen melden kann. Wir werden versuchen, diese soweit uns dies möglich ist zu berücksichtigen. Wir versprechen uns von den Webinaren eine tatsächlich vollkommen neue Form des Austausches untereinander.



PD Dr. Holger Maul

?4. Zu welchen Zeitpunkten soll dieses geschehen?

Wir werden zunächst an einzelnen Wochentagen eine Session morgens und eine am Abend veranstalten. Die ersten 3 Veranstaltungen werden uns einen Eindruck davon verschaffen, was gewünscht wird, was interessiert und worauf es den Teilnehmern ankommt. Vermutlich werden sich nicht gleich am Anfang hunderte Teilnehmer zuschalten. Aber das haben die Gründer von GynToGo, die den diesjährigen Zukunftspreis des VLK erhalten werden, auch gedacht und mussten schon nach wenigen Sitzungen zusätzliche Softwarelizenzen kaufen, um die hohe Nachfrage decken zu können.

5. Können für die Teilnahme an Webinaren auch CME-Fortbildungspunkte vergeben werden?

Den Kollegen von GynToGo ist es gelungen, ihre Veranstaltung von der Ärztekammer zertifizieren zu lassen, damit die Teilnehmer Fortbildungspunkte erhalten. Das werden wir auch versuchen und wir gehen davon aus, dass dies auch gelingen wird. Wir glauben, dass nichts dagegen spricht und dass auch die Ärztekammern das so sehen. Wieso auch nicht?

Foto: © THesIMPLIFY/fotolia.com

6. Wie lässt sich der Erfolg eines Webinares messen?

Am ehesten durch die Zahl der Teilnehmer und durch die Rückmeldungen. Wenn ein Thema „floppt“, dann weiß man das sofort anhand der Zahl der Anmeldungen. Man könnte dann sofort gegensteuern, das Thema noch einmal präzisieren. Die Webinare schaffen eine gewisse Transparenz, sie schaffen mehr Austausch als die meisten realen Seminare.

7. Erfolgreiche Durchführung der ersten VLK-Webinare vorausgesetzt – wird der VLK Webinare zu einem festen Bestandteil seines Informationsangebotes ausgestalten?

Ich bin überzeugt davon, dass die Webinare nicht „floppen“ werden. Die Mitglieder des VLK sind intelligent, wissbegierig, innovativ, kreativ und jederzeit bereit sich mit Neuem auseinanderzusetzen. Diese Eigenschaften sind ja geradezu Voraussetzung, um überhaupt für eine Mitgliedschaft in unserem Verband in Frage zu kommen. Insofern glaube ich, dass wir genau das Richtige haben, was unseren Bedarf an Information und Austausch in Zeiten immer knapperer zeitlicher Ressourcen zu befriedigen.

Gast-Vortrag von Prof. Dr. Hans-Fred Weiser am 26.05.2016 im Rahmen des 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg

„Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie“

Wettbewerb versus Gesundheitsfürsorge

Leider wurde bei der politisch initiierten Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens, d.h. des gewollten und der güterorientierten Ökonomie entliehenen „Wettbewerbs“ die Kernfrage, nämlich wie lassen sich Gesundheitsfürsorge und Wettbewerb unter einen Hut bringen, von den politischen Entscheidungsträgern der damaligen großen Koalition komplett ausgeblendet.

Wettbewerb wurde im Wettstreit zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten zum unfehlbaren Schiedsrichter erklärt.

Offensichtlich glauben unsere Gesundheitspolitiker auch 13 Jahre nach Einführung des „pauschalierenden Entgelt-Systems“ noch immer mit ungeregeltem Wettbewerb ein Instrument gefunden zu haben, das zwischen Medizin und Wirtschaftlichkeit den richtigen Weg, gleichsam hellsichtig zu finden weiß. Wer Wettbewerb als Allheilmittel um jeden Preis, ohne für das Gesundheitssystem sachgerechte Rahmenbedingungen will, der darf sich nicht wundern,wenn er Wettbewerb, mit allen positiven aber auch negativen Facetten bekommt. Mit anderen Worten, wer das Gesundheitswesen als Teil der staatlichen Daseinsfürsorge über ökonomische Kriterien organisiert, d.h. die s.g., Leistungserbringer „verkaufen“ im weitesten Sinn Leistungen, muss sich nicht wundern wenn sich diese nach betriebswirtschaftlichen Kriterien organisieren.

Die leitenden Krankenhausärzte sehen mit großer Sorge seit Jahren eine Überökonomisierung der Medizin. Wesentliche Ursache ist das o.g., der Güterwirtschaft entliehene Vergütungssystem. Das Fallpauschalensystem hat einen neuen Ordnungsrahmen geschaffen. Ein wettbewerbliches Marktsystem, das zu viele Widersprüche zu einer indikatorisch und therapeutisch sinnvollen Versorgung von Schwerstkranken, als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge geschaffen hat.

Medizinische Notwendigkeiten relativieren betriebswirtschaftliche Wahrheiten

Mit dieser Entwicklung wuchs allen im Krankenhaus tätigen Arztgruppen, insbesondere den leitenden Ärzten die Verpflichtung zu, betriebswirtschaftliche Wahrheiten mit medizinischen Notwendigkeiten zu relativieren. Ökonomie aus medizinischer Sicht sieht jedenfalls anders aus, als in der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre an ökonomischer Weisheit gepredigt und von gelernten Betriebswirten später umgesetzt wird. Insbesondere die kritische Diskussion um Chefarzt-Boni hat gezeigt,

Quelle: L et V Verlag.

wie ärztliches Entscheidungsverhalten systembedingt in ethisch fragwürdige Bereiche gedrängt wird. BÄK und VLK sehen sich deshalb seit Jahren gezwungen, aus medizinischer Sicht auf die Unzulänglichkeiten wirtschaftlicher Fundamentalaxiome hinzuweisen, die gewissermaßen als Naturgesetze im Raume stehen, ohne es tatsächlich zu sein.

Ethisch verantwortungsbewusste Medizin kennt nicht den Verkauf von Diagnose und Therapie zur Prestigesteigerung oder Gewinnmaximierung des Unternehmens Krankenhaus! Ärztinnen und Ärzte dürfen daher von keinem Träger und von keiner Geschäftsführung, quasi als „Key Account Manager" an solchen Strategien beteiligt oder gar per Dienstvertrag verpflichtet werden. Wie die Ereignisse der vergangenen Jahre gezeigt haben, wurde, wie von BÄK und VLK befürchtet, der Bogen trotz vielfacher Mahnungen und Fehlentwicklungen deutlich überspannt.

Nachdem der Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie in den letzten Jahren sukzessive von den leitenden Krankenhausärzten auf alle an der Krankenhausversorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte übergegriffen hat, möchte ich die vorliegenden Entschließungsanträge des Vorstandes zu dieser Thematik dahingehend erweitern, alle an der Krankenhausversorgung beteiligten Kolleginnen und Kollegen einzubeziehen.

Zahl der mengenassoziierten Zielvereinbarungen steigt stark

Insbesondere die DKG empfahl noch in der 9. Auflage ihrer Beratungs- und Formulierungshilfen für Chefarztverträge, d.h. bis Oktober 2014, Boni für leitende Ärzte an mengenassoziierte Zielvereinbarungen zu knüpfen [1].

Entsprechend stieg der Anteil von Verträgen mit variablen Vergütungskomponenten und festgelegten monetären Anreizen nach einer Kienbaum- Studie zur Vergütung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern vom 11.05. 2016, von knapp 5% im Jahre 1995 auf über 97% im Jahr 2015 [2].

Als besonders problematisch stuften BÄK und VLK die Vertragsentwicklungen im Bereich der nachgeordneten Krankenhausärztinnen und Ärzte ein. Bereits 2011 zeigte eine Kienbaumstudie, dass 19% der Oberärzte, 15% der Fachärzte, ja sogar 6% der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mengenassoziierte Bonusregelungen, mit stark steigender Tendenz, in ihren Dienstverträgen aufwiesen [3]. Das Perfide an dieser Vorgehensweise war, dass jüngere Kolleginnen und Kollegen, insbesondere Berufsanfänger, die ethisch-medizinischen und berufsrechtlichen Konsequenzen in aller Regel nicht überblicken konnten und ihnen quasi per Vertrag eine gefährliche Sichtweise des Arztberufes als „normal" verkauft wurde.

Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen muss sichergestellt sein

Dies obwohl Krankenhausträger und Geschäftsführungen wissen mussten, dass jede Krankenhausärztin und jeder Krankenhausarzt als Mitglied eines „freien Berufes" einer Berufsordnung unterworfen ist, die vorschreibt, dass jede Entscheidung im Rahmen der Patientenbehandlung nicht nach ökonomischen Vorgaben getroffen werden darf. Nicht ohne Grund heißt es z.B. in § 23 Abs.2 der MBO-Ä, dass in Bezug auf Verträge und Vergütungsvereinbarungen die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung des Arztes sichergestellt sein muss. Damit waren spätestens seit in Kraft treten der MBO-Ä > 2007 < mengenassoziierte Zielvereinbarungen oder Bonusregelungen unzulässig. Um die Berufsordnung umsetzen zu können, sind Ärzte Pflichtmitglied in der Ärztekammer, die die Umsetzung des Berufsrechtes zu kontrollieren hat. Eine solche Verpflichtung besteht für keinen anderen Bereich im Krankenhaus. Insofern hat der Arzt im Krankenhaus eine besondere Rolle bei der Patientenversorgung, die über die übliche Hierarchie in der Krankenhausstruktur hinausgeht.

Hilfreiche „Faustregel"

Natürlich wissen auch wir, dass sich Krankenhausärztinnen und Ärzte nicht grundsätzlich wirtschaftlichen Zwängen entziehen können. Es wird immer zu einer Synthese von medizinischer Notwendigkeit und wirtschaftlichen Zwängen kommen müssen.

Als Handlungsmaxime hierfür hat sich folgende „Faustregel" als sehr hilfreich erwiesen, die der Tübinger Medizinethiker Urban Wiesing bereits 2013 formuliert hat:

Zitat: 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 beeinflusst. Zitatende. [4]

Dabei ist der Arzt als „Freiberufler" der medizinischen Notwendigkeit alleine deshalb mehr verpflichtet, weil er dies gegenüber dem Patienten ganz persönlich zu vertreten hat.

GOÄ als Element zur Gestaltung der Freiberuflichkeit

Hier gilt es umzusteuern und die Ärztin, den Arzt im Vergleich zu den Verwaltungsberufen des Krankenhauses wieder in den Vordergrund, zumindest jedoch auf die gleiche Ebene zu stellen. Ein wesentliches Element zur Gestaltung der Freiberuflichkeit ist dabei die Gebührenordnung für Ärzte. Sie muss so angelegt sein, dass sie die freiberufliche Tätigkeit am Krankenhaus absichert. Eine entsprechend formulierte und allein durch das Arzt-Patientenverhältnis bestimmte Gebührenordnung für Ärzte ist Voraussetzung für die Sonderrolle des Arztes als freier Beruf am Krankenhaus. Dies betrifft ausdrücklich nicht nur die leitenden Ärzte sondern alle Arztgruppen die in die stationäre Patientenversorgung eingebunden sind und dient gleichermaßen den Patienten wie auch unserem Berufsstand.

Gemeinsame Koordinierungsstelle prüft und bewertet Zielvereinbarungen

Leider zeigten sich die Krankenhausträger in den vergangenen Jahren trotz einer Reihe von Fehlentwicklungen und trotz vielfacher Mahnungen durch die BÄK und den VLK erst unter dem Druck der Öffentlichkeit Ende 2012, d. h. nach dem Transplantationsskandal beeindruckt. In entsprechenden Rundschreiben der DKG wurde die Problematik zwar angesprochen, die Nichteignung von mengenassoziierten Bonusregelungen wurde allerdings nur für die Transplantationsmedizin eingeräumt, d.h. die Krankenhausträger waren noch immer nicht bereit, in Gänze auf mengenassoziierte Zielvereinbarungen zu verzichten.

Aus diesem Grund haben die BÄK und der VLK am 27.07.2013 die gemeinsame Koordinierungsstelle zu „Zielvereinbarungen in Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten“ nach § 136a SGBV gegründet.

Ziel war es, inhaltlich, ethisch, und/oder berufsrechtlich kritische Zielvorgaben zu identifizieren, zu prüfen und bei inhaltlicher oder juristischer Anstößigkeit kommentierend zu veröffentlichen, um so dem Abschluss inakzeptabler Zielvereinbarungen möglichst frühzeitig entgegen wirken zu können.

Ziel war es ausdrücklich nicht Krankenhausverwaltungen, Träger oder Ärzte öffentlich an den Pranger zu stellen, allerdings schon den öffentlichen und politischen Druck auf die Vertragspartner zu erhöhen.

Quelle: L et V Verlag.

Entsprechend wurden bis zum 01.05.2016, in 13 Sitzungsrunden, 103 Verträge überprüft.

Bewertungskriterien

Bewertungskriterien der Koordinierungsstelle waren

1) Vereinbarkeit mit dem Wortlaut des § 136a SGB V
2) Verträglichkeit mit der Intention des § 136a SGB V
3) Akzeptanz ökonomischer Inhalte von Zielvereinbarungen, soweit eine Beeinflussung medizinischer Indikationsstellung und ärztlichen Handelns ausgeschlossen werden konnte.

Nach Durchsicht der ersten Vertragsentwürfe wurde schnell allzu deutlich, in welchem Ausmaß Krankenhausärzten mengenassoziierte und damit indikationsgefährdende Zielvereinbarungen aufgenötigt wurden.

Obwohl in einigen Präambeln zu Zielvereinbarungsverträgen markige Sätze wie Zitat:

> Die Würde des Patienten ist unantastbar oder
> Im Team schaffen wir Höchstleistungen zu lesen waren, ließen die Inhalte der Zielvereinbarungen nahezu regelhaft ein klares ökonomisch geprägtes Muster erkennen

z. B.

- Erreichung eines vorgegebenen Jahresergebnisses entsprechend Businessplan
- Erreichen der Produktivität von 155,3 Bewertungsrelationen/Vollkraft
- Erreichen einer vorgegebenen Anzahl von Case-Mix-Punkten
- Einhaltung des Budgets für medizinischen Sachbedarf
- Senkung der Lost-Profit Ratio (möglichst wenig Fälle mit Verlust bzw. möglichst viele mit Profit)
- Steigerung des operativen Ergebnisses (EBITDA)
- Optimierung der Verweildauersteuerung/Verkürzung

Politik greift BÄK/VLK-Vorschläge auf

Entsprechend sahen sich BÄK und VLK genötigt die potentiellen Gefahren mengenassoziierter Zielvereinbarungen für eine ethisch, medizinisch und wirtschaftlich sachgerechte, sowohl den legitimen Ansprüchen der Patienten wie auch der Freiberuflichkeit der Ärzteschaft gerecht werdende Patientenbehandlung in einer Vielzahl von Gesprächen an die Abgeordneten des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages heranzutragen.

Am 02.04.2014 mündeten unsere Aktivitäten in ein Expertengespräch vor diesem Bundestagsausschuss, im Rahmen dessen BÄK, VLK und DKG aufgefordert wurden, zeitnah Vorschläge für eine Neufassung der gesetzlichen Regelung zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen nach § 136a SGB V zu erarbeiten.

Trotz anfänglichen Widerstandes mussten die Krankenhausträger unter dem zunehmenden politischen und öffentlichen Druck die Argumente von BÄK und VLK weitgehend akzeptieren und einem sachgerechten Novellierungsvorschlag des alten § 136a SGB V am 16.09. 2014 zustimmen. Dieser Novellierungsvorschlag wurde dem BMG am 06.10. 2014 zugeleitet und durch den neuen Paragraphen 135c SGB V im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) übernommen. Der neue § 135c SGB V zeigt, dass die Ärzteschaft mit konstruktiver Kritik und sachgerechten Konzepten politisches Gehör gefunden hat.

Danach dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen oder Leistungen, die das Potential haben Indikationen zu beeinflussen oder zu Mengenausweitungen zu führen nicht mehr vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina. Folgerichtig wurden die Vorgaben des neuen § 135c SGB V in die überarbeitete 10. Auflage der Beratungs- und Formulierungshilfe für Chefarztverträge des Jahres 2015 der DKG aufgenommen.

Die kommenden Sitzungen der gemeinsamen Koordinierungsstelle von BÄK und VLK werden nun zeigen, inwieweit sich Krankenhausgeschäftsführungen an die neue Gesetzeslage halten und ob die medizinische Indikationsstellung als Kernelement der ärztlichen Tätig- und Freiberuflichkeit wieder den Stellenwert erhält, den wir im Interesse der uns anvertrauten Patienten, aber auch in unserem ureigensten Interesse einfordern müssen.

In diesem Sinne bitte ich Sie die beiden Entschließungsanträge des Vorstandes der BÄK zu unterstützen.

Autoren-Kontakt:
Prof. Dr. H.-F. Weiser, Präsident des VLK
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon 0211/454990

Literaturnachweise
(1) Deutsche Krankenhausgesellschaft Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag 9. Auflage, 2013
(2) Kienbaum; Excellence in People & Organisation Vergütung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern, 2011
(3) Kienbaum; Excellence in People & Organisation Vergütung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern, 2016
(4) U. Wiesing 191. Tagung der Nordwestdeutschen Chirurgen Kiel, 2013

Dr. Christian Jaeger

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und seine Auswirkungen auf die Finanzierung von stationären Krankenhausleistungen

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist mit dem 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Es ist sicherlich eines der bedeutendsten Reformvorhaben für die Krankenhäuser seit Einführung des DRG-Systems, das nun seit dem Jahr 2004 als verbindliches Abrechnungssystem somatischer stationärer Leistungen im Einsatz ist. Der Verabschiedung des KHSG ging ein intensives Gesetzgebungsverfahren voraus, das mit einer Formulierung von Eckpunkten einer Krankenhausreform im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD Ende des Jahres 2013 begann, die in den Beratungen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe ausgefüllt wurden. Die Schwerpunkte der Reform bestehen einerseits in einer verstärkten Berücksichtigung von Qualität in der Ausrichtung der stationären Versorgungsstrukturen und andererseits in einer Neuausrichtung der Betriebskostenfinanzierung. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die letztere Thematik.

Der Gesetzgeber reagiert mit verschiedenen Regelungen im Bereich der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser auf vermeintliche Fehlsteuerungen des bestehenden pauschalierenden Vergütungssystems auf Basis von DRGs. Aufgrund von eingetretenen Fallzahlsteigerungen nach Einführung des DRG-Systems wurde der Vorwurf laut, dieses produziere Anreize zu einer das bedarfsgerechte Maß übersteigenden Leistungsausdehnung und insbesondere zu einer zu hohen Häufigkeit von Operationen. In Bezug auf letztere werden in der öffentlichen Diskussion insbesondere endoprothetische Eingriffe, Operationen an der Wirbelsäule und diagnostische und therapeutische kardiovaskuläre Eingriffe genannt, bei denen der Verdacht bestehe, dass auch wirtschaftliche Motive für hohe Fallzahlsteigerungen verantwortlich seien. Der Gesetzgeber hat dazu die Vertragsparteien der Selbstverwaltung auf Bundesebene – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung – aufgefordert, einen Forschungsauftrag zu vergeben, durch den u. a. Einflussgrößen für die Leistungsentwicklung untersucht werden sollten. Der „Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG“ wurde durch ein Team von Wissenschaftler der Universität Hamburg und der Technischen Universität Berlin erstellt und im Juli 2014 veröffentlicht. Es wurden u. a. die Veränderungen von Fallzahlen in Abhängigkeit von der Entwicklung von DRG-Gewichten mit dem Ergebnis untersucht, dass Erhöhungen von DRG-Gewichten

Dr. Christian Jaeger

als erlösrelevante Bewertungsfaktoren von Leistungen eine Tendenz zu Fallzahlsteigerungen nach sich zogen. Ob diese Veränderungen der Fallzahlen medizinisch indiziert waren oder nicht, dazu konnten die Wissenschaftler allerdings keine Aussage machen.

Die politischen Entscheidungsträger, die sich von dem Forschungsvorhaben wichtige Erkenntnisse über die Ursachen der Leistungsentwicklung in einzelnen Bereichen versprachen, waren am Ende relativ ratlos in Bezug auf die Ergebnisse des Forschungsberichts, genauso wie viele Medienvertreter. In einem Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu den Themen, Betriebskostenfinanzierung / Mengenentwicklung und -steuerung‘ vom August 2014 wurde konstatiert, dass die Gutachter

zu dem Fazit gekommen seien, dass „die Erhöhung der stationären Fallzahlen der letzten Jahre auf ein komplexes Geflecht von nachfrage- und angebotsseitigen Ursachen zurückzuführen ist. Eine Quantifizierung der Einflussgrößen ist den Gutachtern nicht möglich“. Trotzdem hielten die Mitglieder der Arbeitsgruppe an ihrer Absicht fest, mengensteuernd in das DRG-System einzugreifen, da sie Fehlanreize durch das Vergütungssystem vermuten, die es zu korrigieren gilt.

Weiterentwicklung des DRG-Systems

Das DRG-System wurde mit dem Ziel in Deutschland eingeführt, die Vergütung von stationären Krankenhausleistungen in den somatischen Fachgebieten auf eine leistungsgerechte Grundlage zu stellen. Die aufgrund ärztlicher Entscheidungen durchgeführten Behandlungen sollen entsprechend ihrem Ressourcenaufwand, der anhand eines Kalkulationsverfahrens in einer Auswahl von Krankenhäusern ermittelt wird, vergütet werden. Das Risiko einer nicht gewollten Rückwirkung der Vergütungshöhe auf die Wahl der Therapieform sollte dann minimal sein, wenn die Erlösunterschiede zwischen den einzelnen Leistungen die kalkulierten Kostendifferenzen möglichst genau widerspiegeln. Dies ist nach Auffassung des Gesetzgebers nicht mehr vollumfänglich auf Grundlage des bestehenden Verfahrens der Weiterentwicklung des Vergütungssystems garantiert, so dass einzelne Eingriffe in die Kalkulationsmethodik vorgesehen werden.

Die Kalkulation der Bewertungsrelationen für die einzelnen DRGs erfolgt jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) auf der Grundlage von Fallkostendaten, die von einer Auswahl von Krankenhäusern geliefert werden. Pro DRG werden aus den mittleren Fallkosten der Normallieger – Fälle die innerhalb einer DRG-spezifischen unteren und oberen Grenzverweildauer liegen – die Bewertungsrelationen berechnet. Diese bilden einen bundesdeutschen Durchschnittswert ab, der zwischen den einzelnen Krankenhäusern mit unterschiedlichen Fallzahlen in dieser DRG deutlich streuen kann. So könnten Krankenhäuser mit überdurchschnittlich vielen Fällen aufgrund betriebswirtschaftlicher Skaleneffekte Kostenvorteile haben, welches einen Anreiz für sie darstellen könnte, die Leistungen in diesem Bereich auszuweiten. Ein weiteres vom Gesetzgeber adressiertes Problem betrifft die sogenannte Kalkulationslücke, die Tatsache, dass die Bewertungsrelationen eines DRG-Katalogs im Anwendungsjahr auf der Basis der um zwei Jahre zurückliegenden Kosten der Krankenhäuser ermittelt wurden. Inzwischen können sich die einzelnen Kostenbestandteile unterschiedlich entwickelt haben. Während die Personalkosten aufgrund der Tarifentwicklung generell steigen, kann es bei einzelnen Sachmitteln zu Preissenkungen kommen. Insbesondere teure Medikalprodukte verzeichnen nach ihrer innovativen Einführung in den Folgejahren oft einen Preisverfall. In die jährliche Entwicklung der Landesbasisfallwerte fließt nur die allgemeine Kostenentwicklung in den Krankenhäusern ein, die mit der Preisentwicklung einzelner Sachgüter nicht parallel läuft. Der Gesetzgeber folgert daraus eine Übervergütung von Sachgütern mit gegenüber dem Kalkulationsjahr gesunkenen Preisen, die zu Fehlanreizen in Richtung auf die Entscheidung zu sachkostenlastigen Behandlungsformen führen könnten. Ein drittes Problem des bestehenden Kalkulationsverfahrens wird darin gesehen, dass die Teilnahme der Krankenhäuser an der Lieferung von Kostendaten auf freiwilliger Basis erfolgt. Krankenhäuser bestimmter Trägergruppen und Leistungsbereiche sind dabei in den Kalkulationsdaten stark unterrepräsentiert. Auch hier wird vermutet, dass dies zu einer nicht adäquaten Abbildung der tatsächlichen mittleren Fallkosten in einzelnen Bewertungsrelationen führt, die Fehlanreize zur

Foto: © CrazyCloud/fotolia.com

Wahl von Behandlungsformen aus nicht intendierten Erlösvorteilen begünstigt. Zu allen drei Problembereichen hat der Gesetzgeber entsprechende Regelungen als aus seiner Sicht zielführende Lösungsansätze in das KHSG aufgenommen.

Absenkung oder fallzahlabhängige Abstufung von Bewertungsrelationen (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i. V. m. § 9 Abs. 1c KHEntgG)

Die Relativgewichte von Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen sollen abgesenkt oder abhängig von der Fallzahl abgestuft vorgegeben werden. Diese Regelung war seit Beginn des DRG-System bereits als Option vorgesehen. Die Partner der Selbstverwaltung, die gemeinsam mit Hilfe des InEK das Vergütungssystem weiterentwickeln, haben davon bisher keinen Gebrauch gemacht. Mögliche zeitweise Übervergütungen von Leistungen im DRG-Katalog sollten durch seine jährliche Neukalkulation, durch die Kostensenkungen in einzelnen Leistungsbereichen, wenn auch durch die Kalkulationslücke verzögert, sich auf die Bewertungsrelationen auswirken, bereinigt werden. Dass Krankenhäuser mit hohen Fallzahlen bei einer Leistung Kostenvorteile haben können, ist einleuchtend. Das DRG-System als pauschalierendes Vergütungssystem soll aber von der individuellen Kostensituation der Krankenhäuser abstrahieren, um Impulse zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung zu setzen.

Die Absenkung oder fallzahlabhängige Abstufung von Bewertungsrelationen bei einzelnen Leistungen wird mit dem KHSG jetzt verpflichtend vorgegeben. Die Partner der Selbstverwaltung haben bis zum 31. Mai 2016 dazu eine Vereinbarung zu schließen, ansonsten tritt automatisch die Schiedsstelle in Tätigkeit, ohne dass eine Seite der Vertragsparteien sie angerufen hat. Das durch Absenkung oder Abstufung reduzierte Vergütungsvolumen soll innerhalb des Gesamtsystems neutral umverteilt werden. Beide Verfahren würden sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Vergütung von Leistungen haben. Eine Absenkung von Bewertungsrelationen würde pauschal alle Krankenhäuser, die die betroffenen Leistungen erbringen, treffen, auch wenn dies wegen geringer Fallzahl nicht kostendeckend erfolgen kann, und würde das bei der Einführung des DRG-Systems festgelegte Prinzip, dass die Bewertungsrelationen tatsächliche Kostenverhältnisse widerspiegeln sollen, durchbrechen. Eine fallzahlabhängige Abstufung betrifft Krankenhäuser mit einer hohen Leistungskonzentration in den betroffenen DRGs, auch wenn sie keine Fallzahlsteigerungen zu verzeichnen haben. Die Abstufung könnte aber theoretisch aus unterschiedlichen Kostenniveaus nach Anzahl der Leistungen abgeleitet werden, würde dann also den Bezug zur Kostenkalkulation nicht völlig verlassen.

Der Gesetzgeber hegt zwar den Verdacht, dass bei einzelnen Fallzahlsteigerungen auch wirtschaftliche Anreize eine Rolle spielen. Er sieht aber ein, dass es für einen Nachweis an der nötigen Evidenz fehlt. Deshalb sollen bereits Anhaltspunkte ausreichen, um die Verfahren anzuwenden, wobei laut Gesetzesbegründung mehrjährige und überdurchschnittliche Leistungsdynamiken als erste Hinweise gelten sollen. Die DKG sieht sich außerstande, aufgrund von wenig belastbaren Annahmen einzelne Leistungen auszuwählen und damit die diese erbringenden Krankenhäuser unter den Verdacht zu stellen, sie würden aus wirtschaftlichen Motiven Behandlungen durchführen, so dass der Fortgang der Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung offen ist.

Anpassung der Bewertungsrelationen in Bezug auf Sachkosten (§ 17b Abs. 1 Satz 6 KHG)

Der Gesetzgeber will, dass mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile von DRGs vermieden werden und fordert das InEK auf, ein Konzept zur diesbezüglichen Korrektur von Bewertungsrelationen vorzulegen, auf dessen Grundlage die Partner der Selbstverwaltung bis zum 30. Juni 2016 eine Vereinbarung schließen sollen. Damit soll das oben angesprochene Problem eines Auseinandergehens von Kostenentwicklungen bei einzelnen Sachgütern und der Entwicklung der Landesbasisfallwerte gelöst werden, um vermuteten Fehlanreizen zu begegnen. Mit einer Absenkung von sachkostenintensiven Leistungen sollen solche mit hohen Personalkostenanteilen im Gegenzug aufgewertet werden, so dass auch diese Maßnahme für den gesamten Krankenhausbereich vergütungsneutral umgesetzt werden soll.

Die Intention des Gesetzgebers bezieht sich auf teure Sachgüter wie Implantate, die bei sinkenden Preisen durch den Mechanismus der Entgeltberechnung über den Landesbasisfallwert zu hoch vergütet werden. Ein Beispiel dafür sind die komplexen minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, bei denen das Implantat den überwiegenden Anteil an den Fallkosten ausmacht,

so dass bei sinkenden Implantatkosten bei den Krankenhäusern ein Erlösgewinn anfällt, wodurch ein Anreiz entstehen könnte, diese Leistung gegenüber alternativen Behandlungsformen zu bevorzugen. Das InEK sieht eine Übervergütung von Sachkosten im DRG-System auch unabhängig von einer Preisentwicklung zwischen dem Datenjahr der Kalkulation und der nach zwei Jahren folgenden Anwendung des Fallpauschalenkatalogs. Wenn die Herzklappe nicht mit einer DRG sondern separat als Zusatzentgelt vergütet worden wäre, würde sie in Höhe der tatsächlichen Durchschnittskosten anhand der Kalkulationsdaten vergütet. Die Finanzierung der Herzklappe als Bestandteil einer DRG führt dazu, dass ihre in anteilige Bewertungsrelationen umgerechneten Kosten durch Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert höher vergütet würden als bei Abrechnung als Zusatzentgelt, wobei festzuhalten ist, dass mittels einer DRG nicht einzelne Kostenarten, sondern immer der gesamte Fall mit Personal- und Sachkosten vergütet wird.

Das InEK hat einen Vorschlag zur Durchführung des gesetzlichen Auftrags vorgelegt, bei dem der bisher einheitliche Divisor (die Bezugsgröße), durch den aus den mittleren Fallkosten pro DRG die Bewertungsrelationen errechnet werden, bei den Sachkosten durch den durchschnittlichen Landesbasisfallwert im Jahr der Katalogerstellung ersetzt wird. Dadurch würde eine Kongruenz zwischen den Kosten im Jahr der Datenerhebung und der Vergütungshöhe bei der Abrechnung hergestellt. Zum Ausgleich wird der Divisor für die Personal- und Infrastrukturkosten entsprechend abgesenkt, damit insgesamt die bundesweite Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen durch die Sachkostenanpassung unverändert bleibt. Das Konzept des InEK sieht eine Absenkung aller Sachkostenarten vor. So werden sowohl auf den Fall direkt zugerechnete Sachmittel als auch über Umlageschlüssel verteilte Sachkosten in die veränderte Gewichtung innerhalb der DRGs einbezogen. Einer solchen pauschalen Herangehensweise steht die DKG ablehnend gegenüber, da sie nach ihrer Auffassung über die Intention des Gesetzgebers, der deutliche Vergütungsfehlanreize durch eine Übervergütung von Sachkosten abzuwenden beabsichtigt, weit hinausgeht und bei einzelnen Krankenhäusern zu deutlichen Budgetverlusten führen kann.

Foto: © photographie&alltag/fotolia.com

Repräsentative Kalkulation der Bewertungsrelationen (§ 17b Abs. 3 Satz 5 KHG)

Die bisherige freiwillige Teilnahme an der jährlichen Kalkulation zur Weiterentwicklung des DRG-Systems hat zur Folge, dass die Zusammensetzung der Auswahl von Fallkostendaten in verschiedener Hinsicht von der Verteilung in der Grundgesamtheit stark abweicht. Neben einer Unterrepräsentanz von Krankenhäusern in privater Trägerschaft hat das InEK wiederholt darauf hingewiesen, dass es in einzelnen Leistungsbereichen eine deutliche Disparität in der Verteilung bestimmter Behandlungsformen und -schweregrade in den Kalkulationsdaten und in den Falldaten der Grundgesamtheit, die alle Krankenhäuser gemäß § 21 KHEntgG übermitteln müssen, gibt. Dies beeinträchtige eine sachgerechte Kalkulation von Kostenunterschieden nach dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch, wenn insbesondere die Krankenhäuser, die hauptsächlich die weniger aufwendigen Behandlungen durchführen, keine Fallkostendaten liefern.

Mit dem KHSG soll jetzt die Kalkulation auf der Basis einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erfolgen, wozu das InEK einen Vorschlag einbringen soll, welcher bereits vorliegt. Eine völlige Neuausrichtung des Auswahlverfahrens ist darin nicht vorgesehen. Die freiwilligen Teilnehmer an der Kostenkalkulation sollen weiterhin einbezogen werden. Diese

werden nach dem Vorschlag des InEK mittels eines schrittweisen Ziehungsverfahrens um eine einzelne Krankenhäusern ergänzt, um eine höhere Korrespondenz der Trägerstruktur zwischen den Kalkulationsdaten und der Grundgesamtheit der Krankenhäuser und eine ausreichende Vertretung der Hauptleistungserbringer in allen Fallgruppen zu erreichen. Mit einer überschaubaren Anzahl zusätzlich gezogener Krankenhäuser soll eine merkliche Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsgrundlage erreicht werden. Auf der Grundlage dieses Vorschlags sollen die Selbstverwaltungspartner bis 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept vereinbaren, das auch eine Verpflichtung einzelner Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation vorsieht, so dass auch Maßnahmen vorgesehen werden sollen, die eine Übermittlung von uneingeschränkt verwertbaren Daten durch diese gewährleistet.

Eine Über- oder Unterbewertung von Leistungen resultierend aus einer verzerrten Zusammensetzung der Kalkulationsauswahl, die zu einer nicht sachgerechten Verteilung der vorhandenen Finanzmittel führt, liegt grundsätzlich nicht im Interesse der Gemeinschaft der Krankenhäuser, so dass die Bemühungen zur Verbesserung der Repräsentativität der kalkulierenden Krankenhäuser grundsätzlich befürwortet werden kann. Auch ist der Vorschlag des InEK als ein pragmatischer Lösungsweg anzusehen. Eine Verpflichtung von Krankenhäusern, die mit Sanktionen bei Nichterfüllung der Datenübermittlung verbunden ist, ist vor dem Hintergrund der hohen Anforderungen, die inzwischen vom InEK an die Teilnehmer an der Kalkulation gestellt werden, aber problematisch. Zumindest muss den verpflichteten Krankenhäusern eine Übergangsfrist eingeräumt werden, in der sie ihre internen Kostenrechnungssysteme entsprechend ausbauen können.

Neuausrichtung der Finanzierung von Leistungsentwicklungen

Neben den sich auf die Kalkulation der DRGs beziehenden Regelungen wird durch das KHSG die Systematik der Finanzierung von Leistungsveränderungen neu ausgerichtet. Da die DRGs auf Vollkostenbasis kalkuliert werden, d. h. die gesamten DRG-relevanten Betriebskosten der Krankenhäuser werden kostenrechnerisch auf die Einzelfälle verteilt, wird davon ausgegangen, dass bei vereinbarten Mehrleistungen bei den zusätzlichen Fällen nicht die vollen Kosten anfallen, sondern nur ein variabler Kostenanteil, da die fixen Kosten bereits über die konstante Fallmenge gedeckt sind. Dadurch soll die Ausgabenentwicklung bei Leistungssteigerungen gedämpft werden. Bisher wurden Leistungsveränderungen primär bei der Fortschreibung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt, indem sie nur in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen in die Berechnungssystematik eingingen. Auf Krankenhausebene waren vereinbarte Mehrleistungen nur im Jahr 2010 abschlagsfrei, danach gab es zunächst einjährig geltende Abschlage in unterschiedlichen Höhen und ab dem Jahr 2013 ein 25prozentiger Abschlag mit einer Geltungsdauer von 3 Jahren. Als Ausgleich dafür, dass Mehrleistungen sowohl auf Landes- als auch auf Krankenhausebene mit Abschlägen versehen werden, wird seit dem Jahr 2013 ein sogenannter Versorgungszuschlag auf den Landesbasisfallwert gewährt, der im aktuellen Jahr 0,8 Prozent beträgt.

Mit dem KHSG entfällt die absenkende Berücksichtigung von Leistungssteigerungen bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte. Dies ist sachgerecht und entspricht auch einer Forderung der DKG, da sie alle Krankenhäuser in gleicher Weise betrifftt, unabhängig davon, ob diese tatsächlich jeweils Leistungszuwächse zu verzeichnen haben. Über die Entwicklung des Landesbasisfallwertes soll aber ein wirtschaftlich geführtes Krankenhaus seine Kostensteigerungen finan-

Foto: © fotohansel/fotolia.com

zieren können, ohne dass es dazu seine Leistungsmenge ausdehnen muss. Eine geminderte Vergütung von Mehrleistungen müssen sich fortan nur noch die Krankenhäuser zurechnen lassen, bei denen diese tatsächlich anfallen.

Vereinbarung des Fixkostendegressionsabschlags auf Landeseben (§ 10 Abs. 13 KHEntgG)

Für das neue Instrument, durch das die vereinbarten Mehrleistungen eine geminderte Vergütung erhalten, har sich der Gesetzgeber den Terminus Fixkostendegressionsabschlag ausgedacht. Er soll von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart werden und dann grundsätzlich bei den Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene angewandt werden. Als Maßstab für seine Höhe führt der Gesetzgeber aus, dass sie den geschätzten durchschnittlichen Anteil der fixen Kosten an den Fallpauschalen bei zusätzlichen Leistungen abbilden soll. Als zweites Kriterium wird angeführt, dass durch die Verlagerung der Vergütungsminderung der Mehrleistungen von der Ebene der Landesbasisfallwerte auf die Budgets der Krankenhäuser keine Mehrausgaben im Land entstehen dürfen. Das Vergleichsjahr dafür ist das Jahr 2015. Der Fixkostendegressionsabschlag ist von den Vertragsparteien auf Landesebene jeweils bis zum 30. September für das Folgejahr zu vereinbaren, zum ersten Mal für das Jahr 2017. Er muss von den Krankenhäusern grundsätzlich auf Mehrleistungen mit einer Geltungsdauer von drei Jahren angewendet werden.

Die vom Gesetzgeber angegebenen Hinweise für die Ermittlung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags sind nicht einfach zu operationalisieren. Ein durchschnittlicher Anteil der Fixkosten über alle Fallpauschalen und Krankenhäuser ist wohl kaum sachgerecht zu schätzen, zumal das Verhältnis von fixen und variablen Kosten je nach Betrachtungszeitraum variiert. Auch die zweite Anforderung, dass die Entlastung der Landesbasisfallwerte von einer mindernden Berücksichtigung von Mehrleistungen nicht zu Mehrausgaben auf Landesebene führen dürfe, bietet keine sichere Grundlage für eine objektive Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags. Selbst wenn das auf den Landesbasisfallwert angewandte Abschlagsvolumen aus Mehrleistungen zwischen den Vertragsparteien unstrittig ist, wovon wegen der oft als Kompromisslösung zustande gekommenen Verhandlungsergebnisse keinesfalls ausgegangen werden kann, ist das Mehrleistungsvolumen auf Landesebene ein Saldo aus allen Krankenhäusern mit sowohl Mehr- als auch Minderleistungen, der jetzt mit den erwarteten Mehrleistungen der Teilmenge der Krankenhäuser mit Leistungssteigerungen verglichen werden soll, um daraus ein Maß für die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags zu gewinnen.

Vereinbarungen zum Fixkostendegressionsabschlag auf Bundeseben (§ 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG)

Neben der Landesebene werden auch den Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene Aufgaben im Rahmen der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags gestellt. Sie sollen erstmals bis zum 31. Juli 2016 im Gesetz nicht weiter spezifizierte nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags vereinbaren und das Einzugsgebiet eines Krankenhauses definieren. Letzteres soll zur Identifizierung von Leistungsverlagerungen dienen, die im aufnehmenden Krankenhaus nur dem hälftigen Fixkosten-

Foto: © Stasique/fotolia.com

degressionsabschlag unterliegen sollen. Darüber hinaus soll ein Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen erstellt werden, bei denen ebenfalls der Abschlag nur in halber Höhe anzuwenden ist. Der Gesetzgeber vermischt hier nicht ganz sachgerecht den Aspekt von betriebswirtschaftlichen Kostenvorteilen bei Erbringung zusätzlicher Leistungen mit einer wertenden Perspektive bezüglich ihrer Verursachung, ob diese als Ergebnis von Umstrukturierungs- und Konzentrationsprozessen zwischen Krankenhäusern wünschenswert sind und ob man einen unerwünschten Einfluss des Krankenhauses auf die Leistungsausweitung ausschließen kann. Zu dem zu definierenden Einzugsgebiet eines Krankenhauses, anhand dessen Leistungsverlagerungen identifiziert werden sollen, wird in der Gesetzesbegründung lediglich ausgeführt, dass aus diesem der ganz überwiegende Anteil der Patienten eines Krankenhauses kommt. Der Nachweis, dass es sich bei Mehrleistungen tatsächlich um Leistungsverlagerungen handelt, ist von dem einzelnen Krankenhaus im Rahmen seiner Budgetverhandlung zu erbringen. Nicht mengenanfällige Krankenhausleistungen, die nur dem hälftigen Fixkostendegressionsabschlag unterliegen sollen, sollen sich dadurch auszeichnen, dass bei ihnen die Gefahr einer Indikationsausweitung ausgeschlossen werden kann. Als Beispiel werden dazu lediglich die Geburten angeführt.

Verhandlungen zu Mehrleistungen auf Krankenhausebene (§ 4 Abs. 2b KHEntgG)

Werden sich die Verhandlungen auf Bundes- und Landesebene zum Fixkostendegressionsabschlag wegen der unterschiedlichen Interessenlage als äußerst schwierig erweisen, so bleibt auch für die Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene noch Konfliktstoff. Am schwierigsten wird für das einzelne Krankenhaus der Nachweis zu erbringen sein, dass Leistungssteigerungen aus Verlagerungen aus anderen Krankenhäusern resultieren. Dazu muss es nicht nur aus den bundesweiten Vorgaben sein individuelles Einzugsgebiet darlegen, sondern auch Informationen über die Leistungsentwicklung der anderen Krankenhäuser in seinem Einzugsgebiet haben, da der hälftige Abschlag bei Leistungsverlagerungen nur anerkannt werden soll, wenn diese nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet führen. Hier werden kaum zu leistende Nachweispflichten einseitig dem Krankenhaus aufgebürdet.

Bestimmte Leistungen werden vollständig vom Fixkostenkostendegressionsabschlag ausgenommen. Dies sind Transplantationen, Behandlung von Polytraumata und schwer brandverletzten Patienten und die Versorgung von Frühgeborenen sowie Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln. Darüber hinaus werden im Gesetz als vom Abschlag ausgenommene Mehrleistungen genannt, wenn diese aus einem zusätzlich bewilligten Versorgungsvertrag zum ersten Mal abgerechnet werden können oder von krankenhausplanerisch ausgewiesenen Zentren erbracht werden. Die Leistungen, deren Bewertungsrelationen durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundeseben, wie oben beschrieben, wegen Anhaltspunkten für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen abgesenkt oder abgestuft wurden, bleiben auf Krankenhausebene ebenfalls abschlagsfrei. Dagegen kann der auf Landesebene vereinbarte dreijährige Fixkostendegressionsabschlag auf Krankenhauseben für einzelne zusätzliche Leistungen erhöht oder in seiner Anwendungsdauer verlängert werden, wenn diese eine höhere Fixkostendegression als der im Landeswert angenommene Durchschnitt aufweisen oder bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind. Zu letzteren gehören nicht die Leistungen, deren Relativgewichte aus demselben Grund auf Bundesebene abgesenkt oder abgestuft wurden, da diese vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen sind.

Fazit

Es zeigt sich, dass das KHSG erhebliche Veränderungen in Bezug auf die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser mit sich bringt. Wie sich die verschiedenen Eingriffe in die Kalkulationsmethodik und die Neuausrichtung der Finanzierung von Leistungsveränderungen in ihrem Zusammenspiel auswirken, wird sich in den nächsten Jahren zeigen. Zunächst stehen auf Krankenhaus-, Landes- und Bundesebene komplizierte und konfliktbehaftete Verhandlungen bei der Umsetzung der einzelnen Regelungen bevor.

Kontaktadresse des Autors:
Dr. Christian Jaeger
Referent im Dezernat Krankenhausfinanzierung/Planung der DKG

[1] Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, Endbericht Juli 2014, http://www.g-drg.de/cms/Aktuelles/Endbericht_zum_Forschungsauftrag_zur_Mengenentwicklung_gem._17b_Abs._9_KHG

[2] Entwurf: Teil II: Betriebskostenfinanzierung/Mengenentwicklung und –steuerung, Stand: 29. August 2014, Seite 38

Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst

Aufsicht nach fachlicher Weisung – „en passant" –

Strafkammer des Landgerichts Düsseldorf lehnt Antrag auf Eröffnung des Hauptverfahrens ab

Die Erbringung und Abrechnung von Laborleistungen nach der GOÄ steht immer wieder im Fokus auch der staatsanwaltschaftlichen Ermittler. Anlässe sind zum einen der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung sowie die Möglichkeit der Delegation und zum anderen die Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung bei Basislaborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses.

Im Krankenhauslabor erbrachte Basislaborleistungen

Nach der GOÄ abrechenbare Leistungen kann der Arzt nur berechnen, wenn er sie selbst erbracht hat oder sie unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ). Für Basislaborleistungen des Abschnitts M II Gebührenverzeichnisses - und nur für Basislaborleistungen - besteht die Möglichkeit der Abrechnung des die Leistung veranlassenden Arztes, wenn sie in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden (§ 4 Abs. 2 S. 2 GOÄ). Leistungserbringer (Laborleiter) und Abrechnender (Leistungsveranlasser) fallen insoweit auseinander. Diese Durchbrechung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung gilt jedoch nicht auch für Speziallaborleistungen der Abschnitte M III/IV des Gebührenverzeichnisses. Die Speziallaborleistungen kann nur der Leiter des Labors als eigene Leistungen nach § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ abrechnen.

Speziallaborleistungen als eigene Leistungen

Ärztliche Leistungen kann der sie abrechnende Arzt selbst erbringen oder unter Ausübung der Aufsicht nach fachlichen Weisung erbringen lassen. Diese allgemeine Regelung der Delegation, bei der der Arzt eigenverantwortlich an der Leistungserbringung durch Ausübung der Aufsicht nach fachlicher Weisung mitwirkt, gilt auch für die Erbringung von (Spezial-) Laborleistungen. Umstritten ist, in welchem Umfang der Arzt an der Ausübung der Aufsicht nach fachlicher Weisung mitwirken muss. Dass es zu dieser Rechtsfrage eben so viele wie unterschiedliche Auffassungen gibt, bescherte einigen niedergelassenen Ärzten, die sich als Gesellschafter einer ärztlichen Apparategemeinschaft zur Erbringung von unter anderem auch Speziallaborleistungen zusammengefunden hatten, ein Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Düsseldorf.

Die Ermittler warfen den in eigener Praxis niedergelassenen Ärzten vor, die Speziallaborleistungen mithilfe der in der Apparategemeinschaft angestellten MTLA erbracht und als eigene Leistungen abgerechnet zu haben, ohne die Ausübung der Aufsicht nach fachlicher Weisung sichergestellt zu haben.

„Aufsicht nach fachlicher Weisung" – Meinungsüberblick

Teilweise wird vertreten, die „fachliche Weisung" setze voraus, dass der Arzt Facharzt für Laboratoriumsmedizin sein oder zumindest über die Fachkunde für Laboratoriumsmedizin verfügen müsse; die Fachkunde berechtige allerdings nur zu Erbringung und Abrechnung der Laborleistungen im Rahmen des Facharztgebietes des Arztes, während die aus anderen Fachgebieten in Auftrag gegebenen Laborleistungen nicht erbracht und abgerechnet werden könnten. Auf der anderen Seite wird vertreten, dass sich aus der GOÄ keine formelle Qualifikation außer der Approbation ergebe, so dass nicht einmal die Fachkunde für Laboratoriumsmedizin zur Abrechnung sämtlicher Speziallaborleistungen erforderlich sei (Arzt und Krankenhaus, Heft 08/2003).

Die Bandbreite der unterschiedlichen Auffassungen zur Frage der Ausübung der Aufsicht reicht von dauerhafter Anwesenheit im Laboratorium bis hin zu bloßen Erreichbarkeit. Die unterschiedlichen Auffassungen führen zur erheblichen Verunsicherung der Leistungserbringer, zumal es nicht mehr nur um das Risiko des Honorarausfalls, sondern um

die Frage - wie der Beschluss des Landgerichts Düsseldorf zeigt - strafrechtlicher Relevanz geht.

Der Beschluss des LG Düsseldorf

Die Strafkammer des Landgerichts Düsseldorf ist mit erfrischender Offenheit und Unvoreingenommenheit an die Prüfung des Antrags der Staatsanwaltschaft auf Eröffnung des Hauptverfahrens herangegangen.

„Die Vorschriften der GOÄ waren zum damaligen Zeitpunkt für alle Kammermitglieder mangels vorheriger dienstlicher Befassung mit dem ärztlichen Abrechnungsrecht weitgehend `Neuland´".[1]

Begrüßenswerterweise hat es „die Kammer für richtig gehalten, sich den Regelungsgehalt zunächst anhand des Wortlautes der Vorschrift zu erschließen und sich dabei bewusst zunächst nicht vorab eingehender mit Ansichten anderer" zu beschäftigen.

In Auseinandersetzung mit dem die Delegation im Allgemeinen – und nicht lediglich für Laborleistungen – regelnden § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ kommt die Kammer zu dem Ergebnis, dass „diese Vorschrift nichts darüber besagt, bei welchen der tausenden von Gebührenziffern der abrechende Arzt in welchem Umfang persönlich tätig sein muss. Erst recht besagt die Vorschrift nichts in Bezug auf Laborleistungen. (…) Sie besagt nichts darüber, welche Teile von Laborleistungen ein Arzt persönlich erbringen muss. Sie besagt für sich gesehen nicht einmal, dass der abrechnende Arzt überhaupt einen Teil selbst erbringen muss, sondern lässt (für sich gesehen) seine Aufsicht nach fachlicher Weisung ausreichen."

Die Aufsicht

Zur Aufsicht stellt die Kammer fest, dass eine Aufsicht den Anforderungen immer dann genüge, wenn sie so geführt wird, dass

1) bei üblichem Verlauf sichergestellt ist, dass kein Schaden eintritt;

und

2) dann, wenn eine Abweichung vom üblichen Verlauf eintritt, mit der nach der Erfahrung im zu beaufsichtigenden Bereich mit zumindest einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu rechnen ist, ein Eingreifen gewährleistet ist, bei dessen Fehlen die Entstehung eines Schadens zu besorgen ist.

„Je eher der Eintritt eines Schadens nach der Erfahrung zu besorgen ist, desto höher sind die qualitativ Anforderungen an die Ausgestaltung der Aufsicht".

Die Strafkammer führt weiter aus, dass „die Vorschriften der GOÄ nebst Anlage für die hier in Rede stehende Problematik nichts darüber besagen, dass sich der Arzt, der M III-Leistungen als eigene Leistung berechnen will, ständig in den Räumlichkeiten aufhalten muss, in denen die Laboruntersuchungen im engeren Sinne stattfinden. Sie besagen auch nichts darüber, innerhalb welcher Zeitspanne ein solcher Arzt, wenn er während des Verlaufs der Untersuchungen gerufen werden sollte, in den Laborräumlichkeiten erscheinen können muss. Sie besagen gleichfalls nicht, dass eine telefonische Erreichbarkeit nicht ausreichend sein kann."[2]

Zur Aufsicht nach fachlicher Weisung im Allgemeinen führt die Strafkammer Folgendes aus:

„Es gibt eine Reihe von Tätigkeiten, die in der GOÄ normiert sind, die regelmäßig aber mehr oder weniger durch ausgebildete nichtärztliche Fachkräfte durchgeführt werden, ohne dass der Arzt, der hinterher die Rechnung stellt, ständig diese Mitarbeiter mittels Augenschein beaufsichtigt. Im Arbeitsalltag beispielsweise einer gut frequentierten allgemeinmedizinischen Praxis ist dies bereits faktisch unmöglich. In der Regel zweifelt dennoch niemand die Rechnungstellungsbefugnis des Arztes an, wenn die delegierte Leistung nach der GOÄ abgerechnet wird. Für derartige Zweifel gibt es letztendlich auch keinen durchgreifenden Grund, wenn die Leistung ordnungsgemäß erbracht wurde, da der Hintergrund für die Abrechnung als ärztliche Leistung darin liegt, dass der Arzt durch die sorgfältige Auswahl seiner Assistenten und die Einweisung dafür Sorge getragen hat, dass die Leistung ordnungsgemäß erbracht

Foto: © Photographee.eu/fotolia.com

[1] LG Düsseldorf Beschluss vom 09.10.2015 - 20 KLs 32/14.
[2] LG Düsseldorf, Beschluss vom 09.10.2015 - 20 KLs 32/14.

wurde. Spricht dann in der Folge der Umstand, dass es keine Auffälligkeiten oder gar Beschwerden gibt, dafür, dass die Assistenten die ihnen übertragenen Aufgaben regelmäßig ordnungsgemäß erbringen, wäre es letztlich absurd, nur wegen der Vergütung als ärztliche Leistung eine besonders hohe Kontrolldichte und besonders hohe Kontrollpräsenz zu fordern. Läuft alles ordnungsgemäß ab, nimmt der Arzt die Aufsicht praktisch „en passant" wahr, da er als Schluss daraus (mittelbar) mitbekommt, dass nichts „schief geht" und er deshalb keine Veranlassung hat einzugreifen.

Damit ist dann sowohl unter qualitativen Gesichtspunkten als auch unter gebührentatbestandlichen Gesichtspunkten das die Gebühr rechtfertigende Merkmal der Aufsicht nach fachlicher Weisung (en passant) erfüllt. Die Verantwortung für den Patienten delegiert der Arzt nicht; er trägt sie weiterhin persönlich.

Es ist nicht ersichtlich, weshalb für den Laborbereich, für den derselbe in § 4 GOÄ normierte Begriff der Aufsicht nach fachlicher Weisung gilt, andere Maßstäbe anzulegen sein sollten. Im Gegenteil: Im Labor ist unter dem qualitativ medizinischen Gesichtspunkt des Patientenschutzes bei vielen Untersuchungen das Bedürfnis eines ärztlichen Eingreifens noch einmal deutlich seltener zu erwarten als bei Vorgängen, die direkt am Patienten stattfinden.

Die gebührenrechtliche Merkmalserfüllung erfordert somit keine ständige und nicht einmal eine häufige Anwesenheit in den Laborräumlichkeiten. Derartiges lässt sich der GOÄ nicht entnehmen. Die Erreichbarkeit des Arztes reicht aus (was unter qualitativen Gesichtspunkten umso mehr Anspruch auf Richtigkeit hat, je weniger der Arzt wegen der Automatisierung eingreifen kann und je eher ein Eingreifen auch durch geschultes Personal – Medizinisch-Technische Assistenten – gleichwertig erfolgen kann).

Die Forderung, dass der Arzt vor Ort sein müsse, um ggf. bei auftauchenden Problemen einzugreifen zu können, ist gebührenrechtlich unter dem Prüfungsgesichtspunkt der Aufsicht gerade im Laborbereich nicht relevant. Eine solche Forderung dreht sich um qualitative Gesichtspunkte der Aufsicht. An deren Erfüllung bestehen vorliegend indes ebenfalls keine Zweifel. Ist der Befund verwertbar vorhanden und „passt" eher zu der veranlassten Untersuchung, spricht das dafür, dass die Geräte ordnungsgemäß funktionieren, ordnungsgemäß durch geschultes und eingewiesenes Personal bedient wurden und dass die Arbeitsabläufe eingehalten wurden. … Zu fordern ist, dass der die Rechnung stellende Arzt bei dem Vorgang, der die Gebühr auslöst, seine Pflicht zur Aufsicht nach fachlicher Weisung erfüllt hat (soweit er die Leistung nicht selbst erbracht hat)."

Die Strafkammer setzt sich auch mit der Rechtsprechung des Landgerichts Köln zur Ausübung der Aufsicht auseinander, dass auch für die Laborleistung durch die Anwesenheit des Arztes in den Laborräumlichkeiten oder in deren unmittelbarer räumlicher Nähe ein „persönliches Gepräge" verlangte:

„Der Kammer fällt indes schwer, einem „Black-Box-Verfahren" ohne weiteres ein persönliches ärztliches Gepräge beizumessen. Das „persönliche Gepräge" besteht bei „Black-Box-Verfahren" letztendlich in reiner (körperlicher) Anwesenheit im Labor bzw. unmittelbarer (körperlicher) Nähe zum Labor (ganz gleich, was der Arzt dabei tut oder zu tun hat und ganz gleich, ob er überhaupt etwas tut oder tun muss). … Bei „Black-Box-Verfahren" tendiert aber, wenn geschulte, nicht-ärztliche Mitarbeiter die Geräte bedienen - die dafür aufgewendete ärztliche Zeit (mit Ausnahme der medizinischen Validierung) gegen Null."

Zur fachlichen Weisung führt die Strafkammer, wie folgt, aus:

„Eine besondere Befähigung zur Erbringung von Laborleistungen wird für M III- und M IV-Leistungen an keiner Stelle der GOÄ gesondert normiert. Die GOÄ normiert Gebührentatbestände, die erfüllt sein müssen, um abrechnen zu dürfen, eine besondere Zulassung als Laborarzt, um M III- und M IV-Leistungen abrechnen zu dürfen, wird nicht gefordert."

Fazit

Das Landgericht Düsseldorf hat sich von dem Wortlaut der die Delegation aller ärztlichen Leistungen regelnden Vorschrift der GOÄ leiten lassen und ist zu dem Ergebnis gekommen dass es kein lex speciales für Speziallaborleistungen gibt. Bei einem überwiegend technisch ablaufenden Verfahren, das von besonders qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeitern überwacht wird, sei es sogar widersinnig, die Anforderungen an die Ausübung der Aufsicht höher zu schrauben als bei der Delegation von ärztlichen Leistungen am Patienten. Für die Anwesenheit des Arztes im Labor während des Untersuchungsgangs finde sich in der GOÄ auch keine Stütze. Zumindest bis zur GOÄ–Novelle können insbesondere „kleinere" Krankenhäuser, die sich keinen „eigenen" Laborleiter leisten können und einen klinikleitenden Chefarzt auch mit der Laborleitung betraut haben, zunächst aufatmen.

Weitere Informationen:
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

RA Norbert H. Müller und RA Marc Rumpenhorst

Chefärzte: leitende Angestellte und leitende Mitarbeiter?

– Ein Überblick –

Der Chefarzt ist Ärztlicher Leiter der Abteilung oder leitender Arzt der Abteilung oder leitender Abteilungsarzt; Begriffe, die den ärztlich letztverantwortlichen, fachlich weisungsfreien und einer Krankenhausabteilung im Sinne des Krankenhausplanungs- und Krankenhausorganisationsrechts vorstehenden Angestellten umschreiben. Hiervon zu unterscheiden sind die Rechtsbegriffe „leitender Angestellter“ und „leitender Mitarbeiter“.

Das Bundesarbeitsgericht[1] hat sich jüngst mit den Voraussetzungen und Rechtsfolgen des „leitenden Mitarbeiters“ in einem Krankenhaus in Trägerschaft der Evangelischen Kirche auseinandergesetzt, so dass sich eine Darstellung der unterschiedlichen Arbeitnehmerbeteiligungsrechte nach dem Betriebsverfassungsgesetz, der Mitarbeitervertretungsordnung und dem Mitarbeitervertretungsgesetz sowie der jeweiligen Voraussetzungen des „Leitenden“ Angestellten/Mitarbeiters unter besonderer Berücksichtigung der Position des Chefarztes anbietet.

Arbeitgeberseitige Kündigung

Kündigt der Krankenhausträger einem Arzt, ohne den Betriebsrat oder die Mitarbeitervertretung zu beteiligen, ist die Kündigung bereits aus diesem Grunde unwirksam, sofern der Arzt nicht leitender Angestellter bzw. leitender Mitarbeiter und damit vom Anwendungsbereich der Arbeitnehmerbeteiligungsrechte ausgenommen ist. Rügt der Arzt die fehlende Beteiligung des Betriebsrates bzw. der Mitarbeitervertretung im Rahmen des Kündigungsschutzverfahrens, wird der Klage des Arztes bereits aus diesem Grunde stattgegeben werden, ohne im einzelnen die vorgetragenen Kündigungsgründe nach dem Kündigungsschutzgesetz näher zu prüfen.

Folglich wird der Arbeitgeber die Beteiligung des Betriebsrates oder der Mitarbeitervertretung nachholen und die Kündigung dann unter Berücksichtigung des neuerlichen Beginns des Laufs der Kündigungsfrist erneut erklären müssen. Der Arzt gewinnt also Zeit und – Zeit ist Geld – Vergütung und verbessert somit auch seine Verhandlungsposition im Hinblick auf eine einvernehmliche Beendigung des Arbeitsverhältnisses, weil sich der Beendigungszeitpunkt nicht unerheblich verschiebt und die Zahlungen des Arbeitgebers zwangsläufig erhöhen.

Betriebsverfassungsgesetz, Mitarbeitervertretungsordnung und -gesetz

In Krankenhäusern in öffentlicher und privater Trägerschaft ist das Betriebsverfassungsgesetz regelmäßig einschlägig, in Häusern in kirchlicher Trägerschaft gilt die Mitarbeitervertretungsordnung (Caritas) oder das Mitarbeitervertretungsgesetz (Diakonie). Allen Regelungswerken gleich ist, dass die Arbeitnehmervertretung vor Erklärung einer Kündigung zu beteiligen ist. Allerdings ist der Umfang der jeweiligen Beteiligung – von der Anhörung

Norbert H. Müller

Marc Rumpenhorst

[1] BAG Urteil vom 22.10.2015 - 2 AZR 124/14.

bis zur Mitbestimmung/Zustimmung – unterschiedlich. Ebenfalls nehmen alle Regelungswerke die „Leitenden" von dem Erfordernis der Beteiligung der Arbeitnehmervertretung aus.

Anhörung des Betriebsrates

Im Anwendungsbereich des Betriebsverfassungsgesetzes ist der Betriebsrat vor Erklärung einer Kündigung ordnungsgemäß anzuhören. Eine ohne Anhörung des Betriebsrates erklärte Kündigung ist unwirksam. Bei der Anhörung des Betriebsrates kommt es für die Kündigung nicht darauf an, ob der Betriebsrat die beabsichtigte Maßnahme billigt oder missbilligt; die Entscheidung des Betriebsrates zur Kündigung ist also für die Wirksamkeit der Kündigung selbst zunächst unerheblich. Entscheidend kommt es darauf an, dass der Betriebsrat vollständig über die beabsichtigte Kündigung unterrichtet worden ist. Werden dem Betriebsrat Stellungnahmen des Arztes oder anderer Mitarbeiter oder seiner Bevollmächtigten vorenthalten, ist die Anhörung des Betriebsrates nicht ordnungsgemäß erfolgt und die daraufhin erklärte Kündigung unwirksam. Für die ordnungsgemäße Unterrichtung und Anhörung des Betriebsrates ist der Arbeitgeber darlegungs– und beweisbelastet.

Hat der Betriebsrat gegen eine ordentliche, also fristgemäße, Kündigung Bedenken, hat er diese unter Angabe der Gründe dem Arbeitgeber spätestens innerhalb einer Woche schriftlich mitzuteilen; äußert er sich innerhalb dieser Frist nicht, gilt seine Zustimmung zur Kündigung als erteilt. Im Falle einer außerordentlichen Kündigung verkürzt sich die Frist des Betriebsrates auf drei Tage. Werden die vorgenannten Fristen nicht eingehalten, erklärt der Arbeitgeber die Kündigung also vor Ablauf der Frist, ist die Kündigung bereits aus diesem Grunde unwirksam.

Leitender Angestellter i.S.d. BetrVG[2]

Während der Arbeitgeber vor der Erklärung einer Kündigung eines Arbeitsverhältnisses den Betriebsrat ordnungsgemäß anzuhören hat, entfällt die Mitbestimmung des Betriebsrates bei Kündigung eines Arbeitsverhältnisses mit einem leitenden Angestellten i.S.d. Betriebsverfassungsgesetzes. Leitender Angestellter i.S.d. Betriebsverfassungsgesetzes ist u.a., wer nach Arbeitsvertrag und Stellung im Unternehmen zur selbständigen Einstellung und Entlassung von Arbeitnehmern berechtigt ist oder regelmäßig sonstige Aufgaben wahrnimmt, die für den Bestand und die Entwicklung des Unternehmens von Bedeutung sind und deren Erfüllung besondere Erfahrungen und Kenntnisse voraussetzt, wenn er dabei entweder die Entscheidungen im Wesentlichen frei von Weisungen trifft oder sie maßgeblich beeinflusst. Das Bundesarbeitsgericht hatte in zwei Entscheidungen (Beschlüsse vom 05.05.2010 - 7 ABR 97/08 - und vom 10.10.2007 - 7 ABR 61/06; s.a. ***Arzt und Krankenhaus***, Heft 01/2011, S. 27 ff.) festgestellt, dass die Voraussetzungen des leitenden Angestellten i.S.d. Betriebsverfassungsgesetzes grundsätzlich – vorbehaltlich der Einzelfallprüfung – nicht vorlägen, weil der Umfang der Personalbefugnisse zu gering sei, um den Arzt der Arbeitgeberseite zuzuordnen und Chefärzte regelmäßig nur im Bereich der Diagnostik und Therapie weisungsfrei entschieden.

Anhörung der Mitarbeitervertretung nach der MAVO

Vergleichbare Regelungen existieren in der Mitarbeitervertretungsordnung, also dem Mitbestimmungsrecht in Einrichtungen der Caritas. Auch hiernach ist die Mitarbeitervertretung vor Erklärung einer Kündigung ordnungsgemäß anzuhören. Äußert sich die Mitarbeitervertretung im Falle einer ordentlichen Kündigung innerhalb von einer Woche und im Falle einer außerordentlichen Kündigung innerhalb von drei Tagen, die auf 48 Stunden verkürzt werden können, nicht, gilt die Zustimmung als fingiert.

Leitender Mitarbeiter i.s.d. MAVO

Von der erforderlichen Beteiligung ausgenommen sind leitende Mitarbeiter u.a. also Mitarbeiter, die zur selbständigen Entscheidung über Einstellung, Anstellungen oder Kündigung befugt sind oder sonstige Mitarbeiter in leitender Stellung. Allerdings bedarf es zur Bestimmung eines Angestellten zum leitenden Mitarbeiter zusätzlich zu den Personalbefugnissen einer sog. Exemtionsentscheidung des Arbeitgebers hinsichtlich des Einzelnen oder einer Gruppe, beispielsweise „Chefärzte". Ohne diese Herausnahmeentscheidung des Arbeitgebers aus dem Anwendungsbereich der Mitarbeitervertretungsordnung unterliegt auch die Kündigung

[2] zum leitenden Angestellten i.S.d. KSchG s.a. Arzt und Krankenhaus, Heft 01/2011, S. 27 ff.

eines Mitarbeiters in leitender Stellung der Mitbestimmung der Mitarbeitervertretung. Fehlt die ordnungsgemäße Anhörung der Mitarbeitervertretung vor Kündigung, ist die Kündigung bereits aus diesem Grunde unwirksam (vgl. LAG Niedersachsen Urteil vom 18.12.2001 - 12 Sa 694/01; BAG Urteil vom 26.07.1995 - 2 AZR 578/94).

Mitbestimmung i.S.d. MVG

Stärker ausgeprägt sind die Mitbestimmungsrechte der Mitarbeitervertretung im Rahmen des Mitarbeitervertretungsgesetzes, das in Einrichtungen der Diakonie gilt.

Das Mitarbeitervertretungsgesetz unterscheidet zwischen Fällen der Mitbestimmung, der eingeschränkten Mitbestimmung und der Mitberatung.

Soweit eine Maßnahme der Mitbestimmung der Mitarbeitervertretung unterliegt, bedarf sie der Zustimmung der Mitarbeitervertreter. Kommt keine Einigung zustande, kann der Arbeitgeber innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der schriftlichen Weigerung der Mitarbeitervertretung das Kirchengericht anrufen, um die Zustimmung kirchengerichtlich ersetzen zu lassen. Auch die Erklärung einer Kündigung nach Ablauf der Probezeit unterliegt der Mitbestimmung der Mitarbeitervertretung, allerdings der eingeschränkten Mitbestimmung. Das bedeutet, dass die Mitarbeitervertretung ihre Zustimmung nur verweigern darf, wenn die Maßnahme gegen eine Rechtsvorschrift, eine Vertragsbestimmung etc. verstößt und die Besorgnis der Benachteiligung des Mitarbeiters besteht. Die Verweigerung der Zustimmung der Mitarbeitervertretung zur Kündigung – oder auch nur die gesetzlich vorgesehene mündliche Erörterung – kann die beabsichtigte Kündigung erheblich verzögern. Erklärt sich die Mitarbeitervertretung nicht, gilt die Maßnahme innerhalb von 2 Wochen nach Beantragung oder – im Falle der Erörterung – innerhalb von einer Woche nach dem Abschluss der Erörterung als erteilt.

Voraussetzung der Fiktion der Zustimmung ist allerdings die förmlich korrekte Einleitung des Mitbestimmungsverfahrens durch Beantragung der Zustimmung zu der beabsichtigten Kündigung; dagegen genügt ein bloßes „Anhörungsschreiben“

Foto: © Eisenhans/fotolia.com

oder die „Bitte um Stellungnahme“ im Zweifel nicht (BAG Urteil vom 22.10.2015 - 2 AZR 124/14). Die ohne ordnungsgemäß durchgeführtes Mitbestimmungsverfahren erklärte Kündigung ist unwirksam.

Die außerordentliche Kündigung unterliegt nicht der (eingeschränkten) Mitbestimmung der Mitarbeitervertretung, sondern lediglich der Mitberatung. Die beabsichtigte Maßnahme, also die außerordentliche Kündigung, ist vor ihrer Erklärung der Mitarbeitervertretung bekanntzugeben und auf Verlangen mit ihr zu erörtern. Der Zustimmung der Mitarbeitervertretung bedarf es nicht. Äußert sich die Mitarbeitervertretung nicht innerhalb einer auf drei Arbeitstage verkürzbaren Frist, gilt die Maßnahme als gebilligt.

Leitender Mitarbeiter i.S.d. MVG

Auch das MVG nimmt leitende Mitarbeiter von den Beteiligungsrechten der Mitarbeitervertretung aus. Hierzu gehören solche Personen, die allein oder gemeinsam mit anderen ständig und nicht nur in Einzelfällen zu Entscheidungen in Angelegenheiten befugt sind, die nach dem MVG der Mitberatung oder Mitbestimmung durch die Mitarbeitervertretung unterliegen. Leitende Mitarbeiter sind Angestellte, die im Wesentlichen eigenverantwortliche Aufgaben wahrnehmen, die ihnen regelmäßig wegen deren Bedeutung für den Bestand und die Entwicklung der Einrichtung im Hinblick auf besondere Erfahrungen und Kenntnisse übertragen werden.

Foto: © Kaesler Media/fotolia.com

Fazit

Die formale Stellung als Chefarzt genügt ebenso wenig wie die vertraglich fixierte Bezeichnung „leitender Angestellter/Mitarbeiter“, um einen Beschäftigten zum leitenden Mitarbeiter zu qualifizieren (BAG Urteil vom 22.10.2015 - 2 AZR 124/14). Maßgeblich kommt es darauf an, dass die Wahrnehmung von für den Bestand oder die Entwicklung der Einrichtung bedeutsamen Aufgaben die Tätigkeit des Chefarztes prägt und schwerpunktmäßig bestimmt. Der eigenverantwortlichen Wahrnehmung von den für ein Krankenhaus bedeutsamen Aufgaben stehen vertragliche Regelungen entgegen, bei denen der Chefarzt nur „angehört“ wird, Stellung nehmen kann oder „Benehmen“ mit ihm herzustellen ist. Weisungs- und damit Entscheidungsfreiheit genießt der Chefarzt in der Regel ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Unabhängigkeit, also in Fragen der Diagnostik und Therapie – und das auch nur im Rahmen des einzelnen Arzt-Patienten-Verhältnisses und nicht in Bezug auf das anzubietende Leistungsspektrum insgesamt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Chefarzt grundsätzlich kein leitender Angestellter oder leitendender Mitarbeiter im Sinne der Arbeitnehmermitbestimmungsrechte ist, so dass die Beteiligung des Betriebsrates bzw. der Mitarbeitervertretungen vor einer Kündigung Wirksamkeitsvoraussetzung ist. Zur Qualifizierung des Chefarztes zum leitenden Angestellten bzw. leitenden Mitarbeiter bedarf es also zusätzlicher, besonderer Umstände im Einzelfall, die dann eine Beteiligung des Betriebsrates bzw. der Mitarbeitervertretung vor Personalmaßnahmen entbehrlich lassen werden.

Wenngleich vermeintlich lediglich eine „Formalie“ ist die Beteiligung des Betriebsrates bzw. der Mitarbeitervertretung immer wieder entscheidungserheblich (vgl. BAG Urteil vom 22.10.2015 - 2 AZR 124/14; Arbeitsgericht Osnabrück Urteil vom 27.01.2016).

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

Bücher

Handbuch OP-Management

M. Diemer, C. Taube, J. Ansorg, J. Heberer, W.von Eiff, (Hrsg.)
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2015
916 Seiten
ISBN 978-3-5466-197-8
124,95 EUR

Mit einem Gewicht von nahezu zwei Kilogramm und 916 Seiten wiegt das Buch schwer auf der Hand und wird mit Recht als Handbuch bezeichnet und empfunden. Neben den 5 Herausgebern (unter ihnen kein Kliniker) gibt es 74 Koautoren, unter ihnen wesentlich mehr Ökonomen, Juristen und Vertreter anderer Fächer als Ärzte. Das DRG-Abrechnungssystem hat das Krankenhaus von heute unter einem gesetzlich verordneten Wirtschaftlichkeitsgebot unter starken ökonomischen Druck gesetzt und dadurch zu zunehmender Einführung wirtschaftlicher Kenntnisse und Erkenntnisse in ein der Ökonomie entlehntes Managementsystem geführt. Da der Operationsbereich zu den am meisten kostenintensiven Bereichen eines Krankenhauses gehört, wundert es nicht, dass die wirtschaftlichen Gegebenheiten hier in besonderer Weise einer ökonomischen Analyse und Organisation unterzogen wurden. So hat sich in den letzten Jahren innerhalb des allgemeinen Krankenhausmanagements ein spezielles OP-Management entwickelt. Diese Entwicklung voranzubringen und zu fördern ist das Anliegen dieses Buchs.

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

Dessen erste Hälfte gilt dem „Basiswissen Krankenhaus, Management, Gesundheitswirtschaft“. Es gibt in diesen Kapiteln zahlreiche Wiederholungen und Themen, die bei Einsatz eines Buchmanagers vermutlich ohne Substanzverlust hätten eingespart werden können. So umfasst das Kapitel „Recht im Krankenhaus und im OP“ allein 98 Seiten obwohl es keine speziellen juristischen Probleme für den OP-Bereich gibt. Es gibt auch keine OP-Ethik, aber 8 Seiten Text zur Ethik im Krankenhaus.

Der zweite Teil des Buchs befasst sich mit der Organisation und den Strukturen des OP-Managements. Das Management betrifft des gesamten Vorgang einer operativen Behandlung von der Einschleusung in den OP-Bereich bis zur Rückgabe an Pflegekräfte der Krankenstation. Es geht also zunächst um die zeitliche Disposition des gesamten Operationsgeschehens einer Klinik im Einvernehmen mit der Anästhesie und in enger Zusammenarbeit mit den einzelnen klinischen Disziplinen,. Zeitverschwendung ist Geldverschwendung. Eine der wesentlichen Voraussetzungen für einen störungsfreien Ablauf des Op-Programms, ist ausreichendes und gut ausgebildetes Personal, für das der OP-Manager zu sorgen hat. Zu seinen weiteren Aufgaben gehört die instrumentelle und apparative Ausrüstung der Op-Abteilung und dessen zeitgerechte Verfügbarkeit, einschließlich der notwendigen Maßnahmen zu Asepsis und Antisepsis. Es verwundert ein wenig, dass heute (mit Ausnahme der BG) eine räumliche Abtrennung septischer Eingriffe nicht mehr gefordert wird.

Die im OP-Bereich notwendigen vielfältigen Dokumentationen sind ohne EDV nicht denkbar.

Die Gesamtzahl der geforderten oder empfohlenen Maßnahmen eines OP-Managements sind so umfangreich, dass man zweifeln darf, ob sie von einer Person wahrgenommen werden können. Man spricht daher nicht nur vom singulären Manager, sondern vom Management, das durchaus auch von mehreren Kräften wahrgenommen werden muss. Ob deren Bezahlung durch Einsparung infolge verbesserten Managements auszugleichen ist, wird sich erst zeigen müssen.

Es gibt eine Reihe von Empfehlungen, die man sich sehr wohl hätte sparen können: dass im Op das Patientenwohl höchste Gut ist, gilt für das ganze Krankenhaus, letztendlich auch für die Küche, und die vorgegebenen Tools für den OP-Manager gelten allen Menschen, die sich für kompetente Mitglieder einer humanen Gesellschaft halten.

Der künftige oder als solcher schon tätige OP Manager wird ohne Anweisungen und Anregungen entsprechend Tätiger und Erfahrener nur schwer zurechtkommen. Ob sie so umfangreich sein müssen, darf man bezweifeln.

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

5. VLK Bundeskongress

Berlin, 14. / 15. Oktober 2016

Ethische Aspekte der Qualitätsoffensive

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

mit dem Generalthema des 5. VLK-Bundeskongresses will der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands die Konsequenzen abwägen, die sich für Patienten, Krankenhausmitarbeiter, Krankenhausträger und für Krankenhausärzte durch die im KHSG vorgegebene Qualitätsoffensive ergeben und diese aus ethischer und ärztlicher Sicht bewerten.

Erstmalig beginnt der Kongress mit einem Blick über unseren Tellerrand bereits am Freitag. Wir freuen uns, mit dem Geologen Prof. Dr. Ulrich Riller am Freitagabend einen spannenden Auftakt präsentieren zu können.

Nach seiner Tätigkeit als Impaktgeologe an der McMaster University in Hamilton (Kanada) sind seine Forschungsschwerpunkte – nunmehr Professor in Hamburg – Strukturgeologie, Tektonik, Impakt- und Explorationsgeologie. Seine feldgeologischen Forschungen führen ihn in die Anden, in den Kanadischen Schild und nach Südafrika.

Freuen Sie sich auf interessante Vorträge und kollegialen Erfahrungsaustausch.

Wir freuen uns auf Sie!

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
Präsident VLK

Dipl.-Volksw. Gerd Norden
Hauptgeschäftsführer

Programm:

1. Kongresstag, Freitag, 14.10.2016, 18:30 bis 21:00 Uhr

Blick über unseren Tellerrand: „Planetare Kollisionsprozesse und ihre Konsequenzen für terrestrisches Leben“
U. Riller

Im Anschluss Diskussion und Gespräche am Buffet

2. Kongresstag, Samstag, 15.10.2016, 9:00 bis 13:30 Uhr

09:00 Uhr Begrüßung **H.-F. Weiser**

Verleihung des VLK-Zukunftspreises 2016
H.-F. Weiser, D. Paravicini

Vorsitz: **M. A. Weber, H. Maul**
Diskussion nach jedem Vortrag

09:30 Uhr Ethische Aspekte der Qualitätsoffensive
U. Wiesing

10:30 Uhr Aktueller Sachstand zur Ermittlung planungsrelevanter und rechtssicherer Qualitätsindikatoren
J. Pauletzki

11:00 Uhr KHSG-Mindestmengen: Was kommt auf uns zu?
M. Wagner

11:45 Uhr Ziele der Qualitätsoffensive aus Sicht der Krankenhausträger
G. Rüter

12:20 Uhr Welche Bedeutung hat die Qualitätsoffensive für die Patienten?
S. Häfner

13:00 Uhr Der Blick von außen
O. Tissot

anschließend Ausblick und Verabschiedung, **H.-F. Weiser**

Wir danken den nachfolgend aufgeführten Unternehmen für ihre freundliche Unterstützung

ECCLESIA Gruppe

KlinikRente
VERSORGUNGSWERK

Referenten und Moderatoren:

Sabine Häfner
Teamleiterin der Stabsstelle „Patientenbeteiligung“ im G-BA, Berlin
PD Dr. Holger Maul
Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg im VLK, Hamburg
Prof. Dr. Dietrich Paravicini
Mitglied des VLK-Präsidiums, Bielefeld
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki
Leiter der Abteilung Verfahrensentwicklung beim IQTIG, Berlin
Prof. Dr. Ulrich Riller
Leiter der Arbeitsgruppe Strukturgeologie und Tektonik Universität Hamburg
Dr. Georg Rüter
Geschäftsführer der katholischen Hospitalvereinigung Ostwestfalen, Bielefeld
Dr. Oliver Tissot
Wortakrobat, Nürnberg
Dr. Maria Wagner
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
PD Dr. Michael A. Weber
Vizepräsident des VLK, Dachau
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
Präsident des VLK, Scheeßel-Veersebrück
Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing
Vorstandsmitglied des Internationalen Zentrums für Ethik in den Wissenschaften, Tübingen

Veranstaltungsort:

Hilton Hotel Berlin · Mohrenstraße 30 · 10117 Berlin · Telefon: 030 - 20 23 00
1. Kongresstag: Salon Durieux · 2. Kongresstag: Ballsaal A + B
Hotel-Abrufkontingent bis 31.08.2016:
Hotel Hilton Berlin, für 14. /15.10.2016, Stichwort: VLK-Bundeskongress 2016
DZ 219,00 Euro je Übernachtung (inkl. Frühstück)

Verbindliche Anmeldung

Bitte auf diesem Anmeldeformular zutreffendes ankreuzen/ausfüllen und per Post oder Fax an den VLK schicken.
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Frau Yvonne Heydt-Reisdorf
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Hotline: 0211- 45 49 90, Fax: 0211- 45 18 34, E-Mail: info@vlk-online.de

Die Teilnahme am 5. VLK-Bundeskongress ist kostenfrei.

Ich nehme am 1. Kongresstag ❑ teil ❑ nicht teil Ich nehme am 2. Kongresstag ❑ teil ❑ nicht teil

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Anmeldungen werden gemäß der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.
Sollten Sie nach Ihrer Anmeldung nicht teilnehmen können, bitten wir um frühzeitige Absage, damit Teilnahmeplätze anderen zur Verfügung gestellt werden können.

Einladung

Berufs- und Gesundheitspolitik

Symposium und anschließende Mitgliederversammlung des VLK Landesverband Bayern

Mittwoch 20. Juli 2016, 15:00 bis 18:00 Uhr
Hilton Munich Park, Raum Matisse
80538 München, am Tucherpark 7

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesundheitspolitik droht zunehmend mit einer Überregulierung zuvor selbst gemachte Fehlanreize zu korrigieren. Ein komplexes Surrogatsystem aus Qualitätsindikatoren und Mindestmengenvorgaben soll auf lokaler Ebene zu dem gewünschten Bettenabbau führen, ohne dass die Politik verantwortlich zeichnet. Schuld sind dann die Ärzte, die z.B. die Qualitätshürde gerissen haben. Die ärztliche Standesvertretung durch den VLK für den Krankenhaussektor ist deshalb nötiger denn je.

Wir laden Sie deshalb herzlich zu unserem diesjährigen Symposium des VLK Landesverband Bayern mit anschließender Mitgliederversammlung und Wahlen des Landesvorstandes und der Delegierten ein. Wir haben wieder das Hilton München im Tucherpark für die Veranstaltung gewählt. Da am Mittwochnachmittag im letzten Jahr mehr Kolleginnen und Kollegen als an den Wochenendterminen zuvor gekommen sind, halten wir dies für einen guten Zeitpunkt.

Bitte machen Sie sich Gedanken zur Wahl des künftigen Landesvorstandes, eine Verjüngung tut not. Kandidieren Sie selbst oder schlagen Sie Kolleginnen und Kollegen als Kandidaten vor, sowohl für den Landesvorsitzenden, die Stellvertreter und Delegierten. Sie können mich hierzu jederzeit telefonisch oder per mail erreichen.

Neben den Vorträgen werden wir Ihnen noch über zahlreiche weitere Aktivitäten des VLK berichten können. Bitte kommen Sie und locken Sie Kolleginnen und Kollegen mit zu uns, im Sinne der Mitgliederwerbung. Der VLK lohnt sich.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

PD Dr. Michael A. Weber

Programm

15:00 Uhr **Begrüßung**
PD Dr. Michael A. Weber,
Vizepräsident und Landesvorsitzender VLK Bayern

15:15 Uhr **Gesetzes- und Richtlinienflut:**
Wem dient die Überregulierung
Prof. Dr. Hans Fred Weiser, Präsident des VLK

16:15Uhr **„Neuregelung zur Korruption?“**
Positionierung zum aktuellen Gesetz
RA Marc Rumpenhorst, Kanzlei Klostermann

17:15 Uhr **Mitgliederversammlung**
Wahlen Landesvorsitzender, Vorstand und Delegierte

Bericht des Landesvorsitzenden
PD Dr. Michael A. Weber

Antwortbogen

Verband der leitenden Krankenhausärzte
Landesverband Bayern
c/o PD Dr. M. A. Weber

Fax: 08131 / 71016
E-Mail: pd.dr.m.weber@gmail.com
Handy: 0171 / 76112395

Betr.: Symposium und Mitgliederversammlung
mit Wahl des VLK Landesverband Bayern
Mittwoch, 20.07.2016, 15:00 bis 18:00 Uhr,
Hilton Hotel München Tucherpark, Raum Matisse

An dem Symposium und der Mitgliederversammlung nehme ich

teil O

nicht teil O

Wünsche, Anregungen:

……

Kandidatenvorschläge:

……..

Absender: **E-Mail Adresse:**

…… ……

……

……

……

……

Ort, Datum, Unterschrift

Das stand auf der Agenda

April - Juni 2016

Foto: © frankdaniels/fotolia.com

21.04.2016, Trier
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz im VLK
  Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Hans-Peter Busch, Gerd Norden

27.04.2016, Berlin
- Mitgliederversammlung aus dem Fachgebiet „Chirurgie“

VLK-Teilnehmer: U. a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

09.05.2016, Berlin
- 8. Sitzung des VLK-Präsidiums
  VLK-Teilnehmer: Mitglieder des Präsidiums

- 6. Sitzung der Konferenz der Landesvorsitzenden
  VLK-Teilnehmer: Mitglieder der Konferenz der Landesvorsitzenden

10.05.2016, Berlin
- Gespräch mit Präsident und Geschäftsführung BDC
  VLK-Teilnehmer u.a.: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

11.05.2016, Telefonkonferenz
- 122. Sitzung des GDK-Verwaltungsrates

VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

24.05.2016, Hamburg
- Eröffnungsveranstaltung des 119. Deutschen Ärztetages
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

27.05.2016, Hamburg
- Empfang einer Delegation von chinesischen Gesundheitspolitikern

VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

09.06.2016, Berlin

- Fachausschuss „Medizin“ der DKG
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

- Gespräch mit HELIOS-Konzernführung
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Bernd Klinge, Gerd Norden

13.06.2016, Berlin

- 14. Sitzung der Gemeinsamen Koordinierungsstelle BÄK/VLK zu Zielvereinbarungen von Chefarztverträgen
  VLK-Teilnehmer u.a.: U.a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, RA Norbert H. Müller, Gerd Norden