ARZT UND KRANKENHAUS

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

4

89. Jahrgang

Juli/August 2016

VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © rosifan19/fotolia.com

Mindestmengen – Ist Quantität = Qualität?

- Zielvereinbarungen unter der Lupe
- IQTIG-Vorbericht zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Mindestmengen: Der Teufel steckt im Detail

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

Der Volksmund weiß es, jeder Musiker weiß es und Sportler wissen es natürlich auch: „Übung macht den Meister!“ Die spannende Frage ist allerdings: Wieviel Übung darf's denn genau sein? Gerade da macht der Volksmund leider schlapp. Und damit natürlich auch die Politik, die sich ja von jeher lieber am Volksmund orientiert als am praktizierenden Musiker, Sportler – oder eben auch an uns Ärzten. Klar, „viel hilft viel“, denkt sich der unbedarfte Laie, und tappt genau damit in eine doppelte Falle. Denn erstens ist das keineswegs so, dass sich alleine mit der Menge die Qualität beliebig steigern ließe, und unbeantwortet bliebt die spannende Frage, wie viel es denn nun exakt sein muss?

Und schon sind wir mitten drin im Mindestmengen-Dilemma, an dem sich Politik und Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) seit inzwischen fast zehn Jahren erfolglos abarbeiten, weil es eben nicht so ist, dass die vielgerühmte „Evidensbasierte Medizin“, auf die sich der GBA so gerne beruft, hier wirklich weiterhelfen würde. Es gibt schlicht nicht die eindeutige „evidenzbasierte“ Menge, die es mindestens braucht, um komplexe medizinische Eingriffe sicher durchführen zu können. Und es lässt sich evidenzbasiert auch nirgends belegen, dass der Eingriff schiefgeht, wenn der entsprechende operierende Arzt die in Rede stehende OP genau einmal weniger durchgeführt hat. Also: Mit dem bisherigen GBA-, IQWiG-, AQUA- und IQTIG-Instrumentarium kommen wir hier offensichtlich nicht weiter. Kein Wunder, dass diese Baustelle nun schon seit Jahren Politik und Gerichte beschäftigt.

Der VLK hat dieses Dilemma zu Anlass genommen, das Problem der Mindestmengen mal aus der Sicht des Praktikers zu beleuchten und in einem aktuellen Positionspapier zusammenzufassen. Mir scheint es nämlich viel wahrscheinlicher, dass beim fortgesetzten Mindestmengen-Druck, der vor allem vom GKV-Spitzenverband ausgeht, nicht die Qualität der Leistung im Vordergrund steht, sondern das Interesse, möglichst viele Leistungen an möglichst wenigen Standorten zu konzentrieren, um sie damit in der Menge zu beschränken. Das aber entspricht nicht dem Anspruch einer flächendeckenden hochwertigen Versorgung, wie sie der VLK sich vorstellt.

Außerdem hält der VLK die Koppelung der Mindestmenge an den einzelnen Arzt (und nicht etwa an sein Team oder sein Haus) für sehr problematisch: Sie hat nämlich zur Folge, dass die Abrechnungsfähigkeit der Leistung für das gesamte Haus wegfällt, nur weil der verantwortliche Arzt – z.B. krankheitsbedingt – für einen längeren Zeitraum ausfällt. Seine Kollegen und sein hochqualifiziertes Team stehen dann beschäftigungslos herum und die Patienten können 100 Kilometer weiter fahren, oder wie stellt sich die Politik das vor? Auch hier kommt in dem zum 01. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eher die Theorie als die Praxis zum Ausdruck.

Die an der Praxis orientierten Forderungen des VLK sind vor diesem Hintergrund sehr einfach: Für einige hochspezialisierte Eingriffe bedarf es in der Tat hochwertiger Studien, um in diesen seltenen Feldern zu einer Verknüpfung von Qualität und Menge zu kommen. Denn natürlich muss für komplexe und hoch riskante Eingriffe verhindert werden, dass ärztliche Teams mit unzureichender Erfahrung hier zum Risiko des Patienten Gelegenheitseingriffe durchführen. In allen anderen Fällen aber sollten Politik und GBA sich davor hüten, sich mit dem Kampfbegriff der Mindestmenge eine Qualitätsfrage unterjubeln zu lassen, die von den entsprechenden Interessenkreisen eher mit Blick auf die Abrechnungsquantität ins Spiel gebracht wird.

Mengenmäßig unbegrenzt grüßt Sie sehr herzlich

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

140 **Der Teufel steckt im Detail**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

Mindestmengen – Ist Quantität = Qualität?

144 · **Mindestmengen Warum es sie gibt und welche neuen Akzente das KHSG setzt**
Gerd Norden

146 · **Mindestmengen – Chancen und Risiken für die Patientenversorgung**
Dr. Josef Düllings

150 · **Probleme der standort- und personenbezogenen Mindestmengen**
PD Dr. Holger Maul

154 · **Kommentar zum Thema „Mindestmengen“**
Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher

156 · **Positionspapier des VLK**

Berufs-und Gesundheitspolitik

158 **Stellungnahme des VLK**
zum IQTIG-Vorbericht zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser / PD Dr. Michael A. Weber / Gerd Norden

164 **Zielvereinbarungen unter der Lupe**
Gerd Norden

Rubriken

VLK intern
170 - 5. VLK-Bundeskongress
173 - Treffen des Landesvorstandes Thüringen mit dem Leiter der vdek-Landesvertretung
176 - Einladung zur Delegierten-Versammlung des VLK
142 - Personen und Hintergründe
178 - Agenda

175 **Bücher**
Prof. Dr. Karl-Heinz Schriefers

157 **Impressum**

Keine verantwortungsfreie Strukturpolitik über Mindestmengenvorgaben!
Der Entwicklungsprozess hin zu mehr Zentralisierung durch Mindestmengenvorgaben führt bei der zurzeit gültigen wettbewerblichen Ausrichtung des DRG-Systems zu einer Verschlechterung der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit in der Grund- und Regelversorgung.

Foto: © K.C./fotolia.com

146

Mindestmengen unterstützen die ökonomische Rationalität des Versorgungsprozesses
Die Diskussion um eine vermeintliche Präzision und wissenschaftliche Begründung einer konkreten Zahl wird der versorgungspolitischen Notwendigkeit nicht gerecht. Sie verheddert sich in ihrer selbstgeschaffenen Komplexität.

Foto: © rosifan19/fotolia.com

154

Nur zur Verhinderung von Gelegenheitseingriffen sinnvoll
Die Vorgabe von Mindestmengen ist aus VLK-Sicht nur dann sinnvoll und sachgerecht, wenn sie dazu dient, Gelegenheitseingriffe bei komplexen medizinischen Leistungen durch Leistungserbringer zu verhindern, die die hierfür notwendigen fachlichen, personellen und sachlichen Voraussetzungen **nicht** erfüllen.

Foto: © Minerva Studio/fotolia.com

156

Erhebliche methodische und inhaltliche Bedenken
Der VLK hat ganz erhebliche Bedenken, dass die im Rahmen der Qualitätsoffensive angestrebte Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich auf der Basis des vom IQTIG vorgelegten Vorberichtes zur „Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ erreicht werden kann.

Foto: © megaflopp/fotolia.com

158

Henke: Mehr Studienplätze bereitstellen

„Eine Reform ohne Ausweitung der Studienkapazitäten kann kein Masterplan sein. Deshalb können wir dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung nur beipflichten: Wer dem Ärztemangel in Klinik und Praxis wirksam begegnen will, muss mehr Medizin-Studienplätze bereitstellen“, begrüßte **Rudolf Henke**, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes, entsprechende Forderungen von Karl-Josef Laumann, Staatsekretär im Bundesministerium für Gesundheit. „Mit den heutigen Kapazitäten, die weitgehend denen vor 25 Jahren entsprechen, werde sich das Niveau der ärztlichen Versorgung nicht aufrechterhalten lassen.“

Rudolf Henke

Anforderungen an Fehlermeldesysteme von Krankenhäusern in Kraft getreten

Die Anforderungen des **Gemeinsamen Bundesausschusses** an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme von Krankenhäusern sind am 05. Juli 2016 in Kraft getreten. Nimmt ein Krankenhaus nachweislich an einem solchen Fehlermeldesystem teil, kann es hierfür Vergütungszuschläge beanspruchen. Die Höhe der Vergütungszuschläge wird bundeseinheitlich zwischen der **Deutschen Krankenhausgesellschaft**, dem **Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen** und dem **Verband der Privaten Krankenversicherung** vereinbart.

Fehlermeldesysteme sollen dazu beitragen, dass Risiken und Fehlerquellen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung erkannt und ausgewertet werden, sowie helfen, kritische und unerwünschte Ereignisse zu vermeiden. Der **G-BA** legt in seinen Bestimmungen die Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme fest, ein konkretes System wird nicht vorgegeben. Zu den Anforderungen zählt insbesondere, dass es

- prinzipiell für alle Krankenhäuser offen und über das Internet frei zugänglich ist,
- eine vertrauliche Bearbeitung aller Daten gewährleistet ist,
- ein strukturiertes Meldeformular vorhanden ist und Nutzerkommentare eingegeben werden können.

In seinen Bestimmungen regelt der **G-BA** zudem, wie ein Krankenhaus gegenüber den Kostenträgern – z.B. im Rahmen der Budgetverhandlungen – jährlich seine Teilnahme nachzuweisen hat.

Stackelberg: Sonderprogramm Hygiene ist zeitlich begrenzte, zusätzliche Hilfe für die Krankenhäuser

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Ausstattung von Kliniken mit Hygienepersonal bisher mit insgesamt 131 Mio. Euro finanziert, weist ein aktueller Bericht des **GKV-Spitzenverbandes** aus. Grundlage für diese zusätzlichen Gelder, die seit 2013 neben den von den Krankenkassen zu finanzierenden Betriebskosten fließen, ist das noch bis 2023 laufende, vom Gesetzgeber vorgeschriebene Hygienesonderprogramm. Insgesamt werden die Krankenkassen ein Fördervolumen von über 460 Mio. Euro bis zum Ende des Programms zur Verfügung stellen. Mit diesem Geld, so die Idee des Gesetzgebers, sollen Krankenhäuser qualifiziertes Hygienepersonal einstellen, aber auch die Fort-und Weiterbildung von Pflegekräften und Ärzten in diesem Bereich sowie externe Beratungen bezahlen.

„Die Gelder aus dem Sonderprogramm Hygiene sind als zeitlich begrenzte, zusätzliche Hilfe der Beitragszahler für die Krankenhäuser zu sehen. Keinesfalls werden damit die Krankenhäuser aus ihrer grundsätzlichen Verantwortung entlassen, selbst für umfassende Hygiene zu sorgen und damit die Patienten vor Krankheitserregern zu schützen“, so **Johann-Magnus von Stackelberg**, stellv. Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.

Johann-Magnus von Stackelberg

Zi: Vermeidbare Notfälle kosten das Gesundheitssystem Milliarden Euro

Vermeidbare stationäre Notaufnahmen in Krankenhäusern kosten das Gesundheitssystem jährlich Milliarden Euro. Auch während der regulären Praxisöffnungszeiten suchen häufig Menschen auf Eigeninitiative und ohne ärztliche Einweisung die Krankenhäuser auf. Wie das IGES-Institut im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) berechnet hat, summieren sich die Kosten für die Aufnahme und die stationäre Behandlung dieser Menschen, denen ein niedergelassener Arzt gut hätte helfen können, auf knapp 4,8 Milliarden Euro jährlich.

Die Wissenschaftler untersuchten speziell die Krankenhausfälle, die durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung prinzipiell hätten verhindert werden können; insgesamt haben sie 3,453 Millionen solcher Fälle ermittelt. Darunter sind 1,768 Millionen Fälle mit Aufnahmeanlass „Notfall“, denen in der Regel keine Einweisung zugrunde liegt.

Gerd Norden

Mindestmengen –Warum es sie gibt und welche neuen Akzente das KHSG setzt

Unter DRG-Bedingungen ist die Anzahl erbrachter Leistungen selbstredend ein wichtiger Faktor für die Ausgaben der Krankenkassen: Das Relativgewicht jeder DRG-Leistung wird – vereinfacht dargestellt – als Bewertungsrelation zum Multiplikator, der in Verbindung mit dem Landesbasisfallwert den Erlös je DRG für das Krankenhaus bestimmt.

Damit ist klar, dass aus Sicht der Kostenträger die Mengensteuerung ein Hebel sein kann, um die Steigerung der Ausgaben zu beeinflussen.

Von dieser banalen, arithmetischen Erkenntnis ist es nur ein kleiner – aber fast schon genialer – Schritt hin zu dem Instrument der Mindestmengen. Genial deshalb, weil es gelingt, den **Kosteneinsparungsgedanken** geschickt **mit Qualitätsaussagen** zu kombinieren. Denn Mindestmengen besagen im Grunde nur, dass nicht jeder Arzt und/oder nicht jedes Krankenhaus bestimmte planbare Leistungen erbringen darf, weil diese definierten Leistungen einer besonderen Übung bedürfen. Und diese spezielle Fingerfertigkeit kann – so die Schlussfolgerung – eben nur dann unterstellt werden, wenn diese Leistungen mindestens x-mal in einer bestimmten Zeitspanne erbracht werden. Das heißt, die Qualität der Leistung erwächst aus der Quantität ihrer Erbringung.
Und Qualität muss doch das Bestreben aller Leistungserbringer sein! Deshalb dürfen alle, die unter dieser genannten Leistungsgrenze bleiben, diese auch nicht mehr erbringen.

Mindestmengenvereinbarung im Dezember 2003

Der Verordnungsgeber konnte sich dieser Qualitäts-Argumentation offensichtlich nicht verschließen. Folgerichtig taucht zu Beginn dieses Jahrhunderts in § 137 SGB V die Vorschrift auf, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die **Qualität** des Behandlungsergebnisses **in besonderem Maße** von der **Menge** der erbrachten Leistungen abhängig ist, vereinbaren, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände hierzu.

Allerdings hat die DKG in diese Mindestmengenvereinbarung, die am 03.12.2003 abschließend konsentiert wurde, eine Verfahrensregelung hineinverhandelt, nach der für die Festlegung von Mindestmengen für bestimmte Leistungen ein **evidenzbasiertes Verfahren** und eine wissenschaftliche Begleitung festgelegt sind. Mit Wirkung vom 01.01.2004 wurden für die Leistungsbereiche Lebertransplantation, Nierentransplantation, komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus, komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas sowie Stammzelltransplantationen Mindestmengen vereinbart.

Ab 2004 kommt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ins Spiel

Da die Konsentierung dieser Mindestmengenvereinbarung sich offensichtlich als sehr schwierig erwiesen hat, wurde diese Aufgabe durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ab dem Jahre 2004 **dem G-BA übertragen**. Insider wissen, dass der G-BA als nachgelagerte Gesetzgebungsinstitution gilt, der als Instrument der Selbstverwaltung all die schwierigen Details ausarbeiten muss, die der Gesetzgeber mangels Sachkunde oder auf Grund fehlenden Mutes selber nicht regeln will oder kann. Bis heute hat der G-BA folgende Mindestmengen einschließlich der dafür notwendigen Kataloge der Prozeduren und Leistungen inkl. spezieller ein- oder ausgrenzender Kriterien festgelegt:

- Lebertransplantationen: Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus 20
- Nierentransplantationen: Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus 25

- Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus: Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus 10
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas: Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus 10
- Stammzelltransplantationen: Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus 25
- Kniegelenk-Totalendoprothesen: Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus (Betriebsstätte) 50

Der Nachweis des Kausalzusammenhangs ist schwierig bis unmöglich

Ganz offensichtlich liegt die Schwierigkeit für das Aufspüren geeigneter Mindestmengenleistungen in dem im Gesetz **geforderten Kausalzusammenhang** von Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses im besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund hat das Bundessozialgericht im Dezember 2012 die vom G-BA vorgenommene Erhöhung der Mindestmenge zu behandelnder Frühgeborener mit Geburtsgewicht unter 1.250 g von 14 auf 30 Geburten pro Jahr für die Krankenhäuser als nichtig erklärt. In der Begründung hierzu wird aufgeführt, dass die neuere Studienlage die besondere Erhöhung der Mindestmenge nicht rechtfertigt.

Dies mag wohl auch der Grund dafür gewesen sein, dass durch das Krankenhausstrukturgesetz der besagte § 137 SGB V – der ab 01.01.2016 unter § 136 b SGB V firmiert – eine Änderung durch den **Wegfall der Forderung nach dem Kausalzusammenhang** erfahren hat. Der G-BA wird nunmehr dazu verpflichtet, einen Katalog planbarer Leistungen zu beschließen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Die vorherige Präzisierung, dass die Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge „in besonderem Maße“ nachgewiesen werden muss, entfällt damit. Nach den Ausführungen in der Begründung des Verordnungsgebers hierzu heißt es, dass in Anlehnung an die höchstrichterliche Rechtsprechung eine Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge dann vorliegt, wenn bei einer hochkomplexen Leistung nach wissenschaftlichen Maßstäben **wahrscheinlich ein Zusammenhang** belegt werden kann. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn eine Studienlage besteht, die auf einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweist. Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ist ausdrücklich nicht erforderlich. Wahrscheinlichkeit und Hinweise reichen offenbar aus.

Auch der Bezugspunkt der Mindestmengenfestlegung wurde erweitert

Sah der alte § 137 Abs. 3 SGB V noch vor, Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus vorzugeben, so erweitert der durch das KHSG in Kraft gesetzte § 136 b SGB V nunmehr die Aufgabe des G-BA, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses vorzugeben. In der Erläuterung des Gesetzgebers hierzu wird ausgeführt, dass mit dieser Erweiterung klargestellt werden soll, dass die Mindestmenge von der den Patienten tatsächlich versorgenden Einheit zu erfüllen ist. Die Variante der arzt- und einrichtungsbezogenen Mindestmenge ermöglicht es, dass bei der Wissensgenerierung die gesamte Bandbreite von Studienergebnissen und anderweitigen Erkenntnissen, die auf einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweisen, genutzt werden kann.

Die Konsequenzen sind aus Sicht des VLK erheblich: Zum Einen wird bedingt durch den Wegfall des Nachweises des Kausalzusammenhangs zwischen Menge und Qualität nach Einschätzung des VLK ein **inflationärer Prozess der Gerierung von Mindestmengen** durch die Krankenkassen einsetzen. Verbunden dürfte dies mit der Zielstellung sein, aus Kostengründen Krankenhäuser durch die Vorgabe von Mindestmengen-Hürden an der Erbringung solcher planbaren Leistungen zu Lasten der GKV zu hindern. Dies kann dann auch zu massiven **Arbeitsplatzverlusten** im Krankenhausbereich führen.

Darüber hinaus dürfte damit die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung nicht mehr in dem Maße wie bisher gesichert sein.

Da die Bewertung der Mindestmengen-Problematik je nach Standpunkt naturgemäß unterschiedlich ausfällt, wird nachfolgend eine ganze Palette von Kommentierungen und Erfahrungsberichten abgedruckt:

Der Erfahrungsbericht eines Krankenhaus-Geschäftsführers mit Mindestmengen, die Bewertung der Mindestmengen-Regelung durch einen Landesvorsitzenden des VLK, die Kommentierung des Vorstandsvorsitzenden der DAK-Gesundheit und die gesundheitspolitische Positionierung des VLK zu diesem Themenkreis.

Dr. Josef Düllings, VKD-Präsident

Mindestmengen – Chancen und Risiken für die Patientenversorgung

Neue Ausgangslage

„Übung macht den Meister“ ist ein Satz, den man in der Diskussion über Mindestmengen oft hört. Die Aussage erscheint alltagsevident und keiner näheren Begründung wert. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber die Mindestmengenregelung dahingehend „rechtssicher“ ausgestaltet (§ 136 b SGB V), dass er in Verlängerung der BSG-Rechtsprechung die Nachweispflicht des Zusammenhangs zwischen Qualität und Menge für den GBA abgeschwächt hat: „Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ist ausdrücklich nicht erforderlich.“ (Begründung, BT-Drucksache 18/5372, S. 92).

Diese Festlegung ist insofern bemerkenswert, als der Gesetzgeber in § 2 Abs. 1 SGB V festgelegt hat: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“ Damit stellt sich die Frage, ob für gesetzliche Versicherte jetzt auf eine Evidenzbasierung von Mindestmengenvorgaben verzichtet werden soll. Würde der GBA dieser Neuregelung folgen, würden entsprechende Mindestmengenvorgaben explizit gegen den vorgenannten Grundsatz des Leistungsrechts für gesetzlich Versicherte verstoßen.

Aus meiner Sicht müssen Mindestmengenvorgaben, in gleicher Wiese wie therapeutische Verfahren, evidenzbasiert sein. Das ist nicht so sehr eine Frage der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Es ist eher die Frage, wie und welche medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis der Patientenversorgung kommen sollen. Ohne Evidenzbasierung besteht zumindest das Risiko, dass mit viel Aufwand die Qualität der Versorgung nicht verbessert und sogar umgekehrt durch Mengenanreize eher verschlechtert wird. Eine weitere Folge könnte die inflationäre Aufstellung von Mindestmengenvorgaben sein, um darüber und unter dem Deckmantel vermeintlicher (nicht nachgewiesener) Qualität die von Seiten der Krankenkassen angestrebte Strukturbereinigung der Krankenhausbranche zu betreiben.

Um eine näherungsweise Folgenabschätzung zu ermöglichen, sollen im folgenden Beitrag die praktischen Erfahrungen aus den Mindestmengenvorgaben für die Versorgung von Brustkrebspatientinnen anhand einer konkreten regionalen Versorgungslage dargestellt werden. Deutlich wird dabei, dass für die Erzeugung von Schieflagen in Krankenhäusern und Fachabteilungen nur einzelne Leistungen mit Mindestmengenvorgaben belegt werden müssen. Prinzipiell hat die Krankenkassenseite damit ein mächtiges Instrument,

Foto: © K.C./fotolia.com

um mit dem GBA eine nicht rechenschaftspflichtige Strukturpolitik zu betreiben, soweit die Krankenhausseite entsprechende Mindestmengenvorgaben nicht verhindern kann.

Studienlage zur Bedeutung von Brustzentren

In den 1990er Jahren konnte in internationalen Studien nachgewiesen werden, dass die Versorgung von Brustkrebspatientinnen in Brustzentren zu deutlich besseren Behandlungsergebnissen führte als in der Regelversorgung (Überblick in: Brucker et al. 2005):

- Eine Spezialisierung der Ärzte, die an der Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms beteiligt sind und in einem interdisziplinären Zentrum zusammenarbeiten, führte zu einer um 9 Prozent höheren Fünfjahresüberlebensrate bzw. Senkung des Sterberisikos um 16 Prozent.

- Weiterhin konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der OP-Zahl pro Operateur und Jahr (über 30 Operationen) und einer Verbesserung der Fünfjahresüberlebensrate nachgewiesen werden.

- In einer anderen Studie konnte ein signifikanter Fünfjahresüberlebensvorteil nachgewiesen werden bei Frauen, die in einem Zentrum behandelt wurden, in dem mehr als 150 Brustkrebsoperationen pro Jahr durchgeführt wurden. Patientinnen, die sich in einem Krankenhaus mit 50 bis 150 Operationen pro Jahr behandeln ließen, hatten ein um 19 Prozent höheres Mortalitätsrisiko, in Kliniken mit 11 bis 50 Operationen ein um 30 Prozent höheres Mortalitätsrisiko und in Einrichtungen mit unter 10 Operationen pro Jahr ein um 60 Prozent höheres Mortalitätsrisiko.

Entwicklung von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen

Es gab weitere Studien, die zu ähnlichen Ergebnissen kamen. Das Europäische Parlament forderte daraufhin die EU-Mitgliedsstaaten auf, bis 2008 die Voraussetzungen für die Einführung von Brustzentren zu schaffen. Die EUSOMA (2000) erließ eine Richtlinie, die schnell auch in Deutschland diskutiert wurde. In Nordrhein-Westfalen zum Beispiel wurden im Juli 2002 nach intensiver Diskussion mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten im Einvernehmen die „Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum“ festgelegt.

In der Diskussion spielten die Mindestmengenvorgaben nach der EUSOMA-Richtlinie (mit 150 Erstoperationen an der Mamma und 50 Operationen je Operateur und Jahr) sowie ihre möglichen Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen eine große Rolle. Ziel des Landes war die Konzentration der Versorgung auf 50 Zentren. In 2002 wurden Brustkrebsoperationen noch in rund 250 Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe durchgeführt.

Ergebnis war ein Kompromiss. Solitäre Brustzentren sollten die Versorgung entsprechend der EUSOMA-Richtlinie organisieren. Für kooperative Brustzentren wurde – bei gleicher Zahl der Erstoperationen je Operateur und Jahr – die Mindestmenge auf 100 je Standort abgesenkt. Ausweislich des Krankenhausplans NRW 2015 konnte bis 2010 eine Konzentration auf 49 Brustzentren mit 106 Standorten erreicht werden (MGEPA 2015: 102). Nach dem Onkologie-Report 2013 der AOK Rheinland/Hamburg werden über 80 Prozent ihrer Versicherten mit Brustkrebs in zertifizierten Brustkrebszentren behandelt und erhalten damit die bestmögliche Qualität. Insgesamt würden aber weniger als 40 Prozent der krebskranken AOK-Versicherten in zertifizierten Zentren behandelt (AOK 2013: 7).

Insgesamt kann das Konzept „Brustzentrum“ einschließlich Mindestmengenvorgaben als Blaupause gelten für weitere Organentitäten in der Tumormedizin, aber auch in weiteren Disziplinen. In der aktuellen Diskussion um Zentralisierung und Zertifizierung wird jedoch verkannt, dass die Evidenzbasierung des Zusammenhangs zwischen Qualität und Menge vielfach nicht gegeben ist. Vielmehr wird von einer intuitiven Evidenz ausgegangen: Was für Brustkrebs gilt, muss dann wohl auch für jede andere Erkrankung gelten. Die meisten anderen Erkrankungen sind jedoch im Hinblick auf die Organisation bester Medizin wohl nicht so gut erforscht, wie es für die Versorgung von Brustkrebspatientinnen gilt. Zumindest kommt davon wenig in der politischen Entscheidungsfindung wie auch in der Versorgungspraxis an.

Hier auf eine schlichte Generalisierung zu setzen und auf die sonst üblichen Evidenznachweise zu verzichten, wäre aus Sicht der Patientenversorgung sowohl im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit wie auch der politisch gewollten und gesetzlich vorgeschriebenen wohnortnahen Versorgung eher schädlich. Aber auch die evidenzbasierte Konzentration des Versorgungsangebots auf zertifizierte Zentren, wie beim Brustkrebs, bewirkt in der Versorgungslandschaft strukturelle Veränderungen, die mit bedacht werden müssen.

Auswirkungen auf die regionale Versorgungslage

Als Beispiel soll hier die Versorgungslage im Kreis Paderborn betrachtet werden. Im Kreis Paderborn leben 300.000 Einwohner. Bis zur Verabschiedung der Rahmenbedingungen des Landes NRW für eine Anerkennung als Brustzentrum in 2002 gab es in der Region Paderborn (Kreis Paderborn und Stadt Geseke) fünf gynäkologisch-geburtshilfliche Einrichtungen, in denen Brustkrebspatientinnen behandelt wurden. Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des St. Vincenz-Krankenhauses hatte, maßgeblich durch das persönliche Engagement des Chefarztes Dr. Meinerz, in den 1990er Jahren einen Fokus in dem Leistungssegment ausgebildet. Bereits 1997 wurden 160 Patientinnen mit Brustkrebs stationär versorgt. Dadurch entstand eine Sogwirkung auf die anderen Fachabteilungen in der Region, die nur in geringem Umfang Brustkrebspatientinnen versorgten.

In 2002 und 2003 wurden zwei gynäkologisch-geburtshilfliche Einrichtungen geschlossen (Geseke und Büren). In 2003 wurden in Salzkotten (Regelversorgung) noch 36 Patientinnen mit Brustkrebs stationär versorgt. In der Stadt Paderborn bestand die Versorgung von Brustkrebspatientinnen an zwei Standorten, davon mit 224 stationären Fällen und 158 Erstoperationen an der Mamma am St. Vincenz-Krankenhaus (Schwerpunktversorgung). Die formelle Ausweisung als Brustzentrum durch das Land NRW erfolgte 2005.

In der weiteren Entwicklung wurde infolge der Rahmenvorgaben des Landes NRW die Behandlung von Brustkrebspatientinnen nur noch am St. Vincenz-Krankenhaus angeboten, mit einem Einzugsgebiet von über 400.000 Einwohnern. Es zeigte sich ein Anstieg der Zahl von Patientinnen mit Mammakarzinom von 224 in 2003 auf 277 in 2006 und 383 stationären Fällen in 2015 (+ 71 Prozent). Die Zahl der Erstoperationen an der Mamma stieg von 158 in 2003 auf 239 in 2006 und 294 in 2015 (+ 86 Prozent).

Vergleicht man die gynäkologischen Kliniken im eigenen Verbund, so sind weitere Effekte festzustellen, die aus Sicht der Praxis durch die Kompetenzzuschreibung der Patientinnen bedingt sein dürften. So ist zu einem die Zahl der stationären Patientinnen in der Regelversorgung von 1.672 in 2003 auf 1.443 in 2015 um knapp 14 Prozent gesunken. Umgekehrt ist die Zahl der stationären Patientinnen in der Schwerpunktversorgung am Standort Paderborn von 4.190 in 2003 auf 4.582 in 2015 um über 9 Prozent gestiegen. Der Fokus bzw. fehlende Fokus in der Brustkrebstherapie dürfte somit auch Auswirkungen auf die Fallzahlentwicklung gehabt haben. Weiterhin kann die Regelversorgung unter dem Gebot der personellen ärztlichen Mindestbesetzung unter den Bedingungen des DRG-Systems nur mit roten Zahlen betrieben werden. Die Schwerpunktversorgung dagegen schreibt Überschüsse, obwohl sie deutlich über der personellen Mindestbesetzung liegt.

Strukturelle Risiken von Mindestmengenvorgaben für die Patientenversorgung

Geht man davon aus, dass Mindestmengenvorgaben mit der Zielsetzung einer Verbesserung der Versorgungsqualität in Zukunft häufiger zur Anwendung kommen, dann lassen sich aus den vorgenannten Erfahrungen folgende Aspekte ableiten, die zu einer Erhöhung des Risikos der Patientenversorgung führen können:

- Für Grund- und Regelversorger dürfte die vermehrte Zentralisierung stationärer Leistungen durch Mengenvorgaben an Schwerpunktkrankenhäusern eine Entkernung ihres Leistungsspektrums zur Folge haben. Damit verbunden wären negativen Imagewirkungen für die Klinik und ein Rückgang der stationären Fallzahlen. Dadurch kann wiederum die fachliche Expertise durch zu wenig Erfahrung im Umgang mit Risikopatienten beeinträchtigt werden.

- Grund- und Regelversorger dürften davon stärker existenziell bedroht sein als größere Krankenhäuser, da das Leistungsspektrum einzelner Abteilungen quantitativ in der Regel eher am unteren Ende zwischen 1.000 und 2.000 stationären Fällen angesiedelt ist. Im DRG-System ist die Wirtschaftlichkeit einer Abteilung mit weniger 2.000 Bewertungsrelationen fragil und unter 1.500 Bewertungsrelationen in der Regel nicht darstellbar.

- Weiterhin ist in dieser Konstellation mit einer erhöhten Fluktuation durch Kündigung, Krankheit oder andere Gründe zu rechnen. Damit besteht grundsätzlich ein strukturelles Risiko für die gesetzlich vorgeschriebene ärztliche Mindestbesetzung. Bei der Personalgewinnung wirkt sich der Ärztemangel hier besonders aus. Ein Unterschreiten der Mindestbesetzung mit Überlastung der Ärzte ist nicht auszuschließen und kann zur Patientengefährdung führen.
- Aus dieser Konstellation re-

sultieren ebenso regelhafte Defizite in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten, die oft nur durch hohes persönliches Engagement ausgeglichen werden können. Damit verlieren die Stellen dieser Abteilungen an Attraktivität. Grundsätzlich ist das Fehlen von Kernleistungen ein K.O.-Kriterium für eine funktionierende Weiterbildung. Ein Verzicht auf Weiterbildungsstellen und eine Kompensation durch Fachärzte lässt sich wiederum finanziell nicht darstellen.

- Es ist damit zu rechnen, dass Grund- und Regelversorger, die unterhalb der Mindestmengenvorgaben liegen, einen Anreiz zur Leistungsausweitung und Erfüllung der Mindestmenge erhalten. Ob dies versorgungspolitisch kontrollierbar ist, muss bezweifelt werden.

- Über 50 Prozent der etwa 1.600 Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland stellen mit bis 250 Betten pro Krankenhaus das Rückgrat der stationären Versorgung dar. Betrachtet man nur die vorgenannten zu erwartenden Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur, dann ist klar, dass dieser Prozess mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird. Aus Sicht der Praxis wird man mit mehr als zehn Jahren rechnen müssen. In dieser Zeit werden sich die Qualität und die Wirtschaftlichkeit dieser Kliniken mit all ihren Risiken für die Patientenversorgung verschlechtern, auch wenn in wenigen Schwerpunktkrankenhäusern

Foto: © s_l/fotolia.com

und Zentren sich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit verbessern.

Fazit

Vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen ist dringend davon abzuraten, über Mindestmengenvorgaben eine verantwortungsfreie Strukturpolitik zu betreiben. Der Entwicklungsprozess hin zu mehr Zentralisierung durch Mindestmengenvorgaben führt bei der zurzeit gültigen wettbewerblichen Ausrichtung des DRG-Systems zu einer Verschlechterung der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit in der Grund- und Regelversorgung.

Soweit der Zusammenhang zwischen Qualität und Leistungsmenge evidenzbasiert ist und soweit die Zentralisierung von Leistungen versorgungspolitisch geboten ist, sollten planerische Entscheidungen über gestufte Versorgungsstrukturen getroffen werden. Dies schließt die Aufgabe oder den Erhalt von Fachabteilungen ein. Nur durch planerische Entscheidungen kann ein schleichender Erosionsprozess zu Lasten des Patienten vermieden werden. Dies würde – gegen den aktuellen Mainstream – allerdings die Rückgewinnung der Planungshoheit der Länder in Ausübung ihrer Pflicht zur Daseinsvorsorge für ihre Bürger bedeuten. Ob die Erkenntnis und die Notwendigkeit dafür schon gereift ist, mag bezweifelt werden. Die Hoffnung ist, dass dieser Beitrag hierzu einen Denkanstoß geben kann.

Quelle: www.vkd-online.de

Autoren-Kontakt:
Dr. Josef Düllings
Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands und Geschäftsführer der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH
Am Busdorf 2, 33098 Paderborn

Literatur
AOK 2013: AOK Rheinland / Hamburg, Onkologie-Report 2013, Düsseldorf.
Brucker, S.; J. Traub, U. Krainick-Strobel, I. Schreer, R. Kreienberg, M. Bamberg, W. Jonat, D. Wallwiener 2005: Brustzentren – Entwicklung in Deutschland, Der Onkologe 3, S. 285 - 297.
BT-Drucksache 18/5372: Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz– KHSG), 30.06.2015.
EUSOMA (European Society of Mastology) Guidelines (2000), The requirements of a specialist breast unit. Eur J Cancer 36, S. 2288 - 2293.
MGEPA 2015: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan NRW 2015.

PD Dr. med. Holger Maul, MMS, MBM, Landesvorsitzender Hamburg Verband Leitender Krankenhausärzte (VLK)

Probleme der standort-bezogenen und personen-bezogenen Mindestmengen

Die Politik plant die Einführung von standort- und personenbezogenen Mindestmengen. Was auf den ersten Blick sinnvoll erscheinen mag, stellt eine massive Gefährdung von Patienten dar. Wenn man den Lauf der Dinge auch vielleicht nicht aufhalten kann: man darf nicht müde werden, vor Entwicklungen zu warnen, die uns noch große Schwierigkeiten machen werden.

Krankenhausärzte (VLK) sehe ich in standort- oder gar personenbezogenen Mindestmengen eine gravierende Qualitätsgefährdung. Das, was erreicht werden soll, nämlich eine Qualitätsverbesserung, ist durch die Festlegung von Mindestmengen sicher nicht zu erwarten.

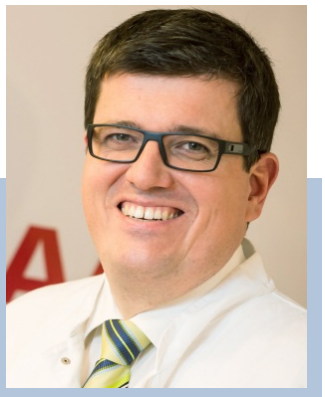
Grundsätzlich ist der Gedanke Mindestmengen zu vereinbaren nachvollziehbar. „Wer etwas oft macht, der macht es gut". Das stimmt bis zu einem gewissen, schwer zu definierenden Punkt auch mit hoher Wahrscheinlichkeit.

Der Umkehrschluss, jemand würde es *noch besser* machen, wenn er es *noch öfter* machen würde, stimmt so wiederum nicht. Vielmehr ist zu befürchten, dass es durch Festlegung von Mindestmengen – welcher Art auch immer – zu gehäuften Fällen von Indikationsbeugungen kommen wird. Wenn die leitenden Ärzte in Krankenhäusern oder die Krankenhäuser selbst *in Ihrer Existenz bedroht* sind, dann ist dies als automatische Folge einer solchen Entwicklung zu befürchten.

Unter anderem aus diesem Grunde hatten sich die Bundesärztekammer und der VLK gemeinsam dafür eingesetzt, dass in Chefarztverträgen keine „Mengen" beispielsweise bestimmter Operationen oder sonstiger Interventionen festgelegt sein dürfen. Dass dies am Ende über andere Kenngrößen – Umsatz, Erlös, CMI – indirekt doch mit in die Vergütung von Chefärzten einfließt, sei an dieser Stelle gleich kritisch angemerkt. Dennoch hat man hier zumindest einer weiteren Verschärfung des gegenwärtigen Druckes auf leitende Ärzte entgegengewirkt und ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass Ärzte keine Akkordarbeiter, Patienten kein Stückgut, keine Ware, kein Produkt sind. Diese sinnvolle Entwicklung würde durch die Einführung standort- und/oder personenbezogener Mindestmengen außer Kraft gesetzt, ja konterkariert.

Warum hat die Politik offenbar so wenig Angst vor Indikationsbeugung?

Ich erkläre mir die geringe Angst der Verantwortlichen vor Indikationsbeugung damit, dass dort davon ausgegangen wird, die Medizin sei durch einfache Regeln, Vorgaben, Standards, Leitlinien und Richtlinien abbildbar. Dies ist mitnichten der Fall. Vielmehr ist es so, dass der Ermessensspielraum in beide



PD Dr. med. Holger Maul

Richtungen unglaublich groß ist. Ab wann eine Intervention erforderlich ist oder nicht, ist extrem schwer zu prüfen, ich würde behaupten: gar nicht oder zumindest nur in seltenen Fällen. Denn es gibt immer einen Grund und sei es der hohe Leidensdruck des Patienten. Das einzige, was Mindestmengen sicher zur Folge haben werden, sind detaillierte, ausschweifende und wortreiche Indikationsstellungen, um sich im Falle von Regressen der Krankenkassen abzusichern. Sollte man daran denken, hier noch ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung einzuziehen, dann bedeutet das einfach noch mehr Bürokratie ohne dass auch nur ein einziger Patient davon profitiert. Billiger wird auch nichts. Die Kosten werden vielmehr nach oben getrieben.

Schäden durch Mindestmengen – bei Einhaltung aller Regeln

Aus der eigenen täglichen Praxis muss man oft sogar gegen Leitlinien und Standards „verstoßen“, um gerade *nicht* tätig zu werden. In der Geburtshilfe ist es beispielsweise so, dass Wehenhemmer entweder gar nicht oder nur für 48 Stunden zugelassen sind. Wenn man sich hier gerade in frühen Schwangerschaftswochen konsequent an alle Regeln hält, kann man ohne Schwierigkeiten die Zahl der Frühgeborenen und ohne dass man fehlerhaft handelt, steigern. Man handelt sogar besonders richtig, nach Standard, nach wissenschaftlicher Evidenz. Nur eben nicht mehr individuell und nach klinischer Einschätzung. Welche Schäden hier gerade bei frühen Frühgeborenen eintreten und welche langfristigen Kosten hier für das Gesundheitswesen entstehen können, wird leicht deutlich.

Qualitätsverschlechterung durch Mindestmengen

Nehmen wir das Beispiel „Aortenaneurysma“. Es klingt auf den ersten Blick plausibel, dass eine kleine Klinik nicht das gesamte Spektrum der komplexen und hochriskanten Gefäßchirurgie vorhält. Würde man hier Mindestmengen – personenbezogen oder standortbezogen – einziehen, würde jeder zunächst zu dem Schluss kommen, dass die Qualität zunimmt. Ich befürchte das Gegenteil: eine Zunahme der Mortalität. Wenn ein Patient im Schock notfalllaparotomiert werden muss und sich dann herausstellt, dass es sich um ein rupturiertes Aortenaneurysma handelt, wird der Patient in einer Klinik, in der nicht zumindest Grundkenntnisse in der Versorgung bestehen, sein Leben mit hoher Wahrscheinlichkeit verlieren. Es ist m.E. immer noch besser, eine Klinik operiert 3 oder 4 Aortenaneurysmen pro Jahr als gar keines und dann am Ende nur in akuten Notfällen, wenn eine Verlegung gar nicht mehr möglich ist. Es ist leicht zu verstehen, dass Mindestmengen auf vielen Ebenen die ärztliche Kompetenz senken, und zwar gerade dort, wo es darauf ankommt. Was in der Theorie schön klingt, ist in der Praxis eben nicht sinnvoll.

Wissenschaftliche Grundlage für Mindestmengen

Es gibt weder für bereits definierte noch für zu definierende Mindestmengen eine wissenschaftlich begründbare Qualitätsverbesserung, jedenfalls keine, die allgemein akzeptiert wäre. Nachgewiesene, messbare Qualitätsverbesserungen sind durch bereits etablierte und in ständigem Ausbau befindliche Qualitätssysteme erzielbar. Dabei ist es auch hier schwierig. Nehmen wir das Beispiel der Organkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Überlebensraten von Patienten, die in solchen Zentren behandelt werden, sind nicht automatisch besser. Entscheidend ist nicht die Zahl der behandelten Patienten, obwohl auch in den Organkrebszentren die Einhaltung bestimmter Mindestmengen gefordert ist, um zertifiziert zu werden. Wohlgemerkt: auch diese selbstauferlegten Mindestmengen sind willkürlich festgelegt worden, sie halten einer wissenschaftlichen Überprüfung kaum stand. So ist ein über die Qualität eines Zentrums entscheidender Parameter nachgewiesenermaßen auch nicht der Parameter „Menge an Patienten“, sondern der Parameter „Durchführung von klinischen Studien“. Nicht an der Menge ist also die Qualitätssteigerung festzumachen, sondern an der Art der Versorgung, der Intensität der Betreuung und der Haltung der gesamten ärztlichen und pflegerischen Mannschaft, die dadurch gefördert wird, dass verbindliche, für alle geltende Standards eingehalten werden müssen. An dieser Stelle wird auch noch einmal besonders klar, welche Rolle leitende Ärzte in Krankenhäusern haben. Chefärzte sind also keine austauschbaren Figuren, sondern müssen langfristig denkende und dauerhaft nach Qualität strebende Ärzte sein. Alles andere würde ihre Reputation auch rasch beschädigen und die Zuweisungen erheblich reduzieren.

Bisherige Zentralisierung von Versorgungsstrukturen

Das Argument, dass besonders teure Therapien nur an bestimmten Standorten angeboten werden können, und man deshalb Mindestmengen festlegen müsse, zählt m.E. auch nicht. Es ist doch bereits heute etablierte Praxis, dass Patienten für bestimmte Therapien (z.B. Partikeltherapie mit Schwerionen) überregional an Zentren verlegt werden, die diese Therapien anbieten. Weitere Beispiele sind Therapien wie Fetalchirurgie, bestimmte Eingriffe in der Neurochirurgie u.v.m. Ein weiteres gutes Beispiel sind die Organkrebszentren in der Onkologie und die Perinatalzentren, wo bereits jetzt eine Zentralisierung erfolgt ist und seit Jahren gelebte Praxis ist. Das Risiko bei Nicht-Verlegung haftungsrechtliche Konsequenzen befürchten zu müssen, ist ohnehin gerade in der Perinatologie viel zu hoch. Auch bei an sich weniger komplexen Therapien wird heute schon großzügig dorthin verlegt, wo die entsprechende fachärztliche Versorgung gewährleistet ist.

Im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft wird die Versorgungsqualität zudem

ohne Steuerung durch ein Budget gesteigert und das auf freiwilliger Basis. Wie kommt es in einem solchen System zur Qualitätssteigerung? Der wichtigste Aspekt sei, so die Meinung der Deutschen Krebsgesellschaft, der Ärzte und der Patientenvertreter die Netzwerkbildung – nicht nur unter Fachärzten, sondern auch zwischen Ärzten und Selbsthilfe, Psychoonkologie, Sozialarbeit und Krebsregister und nicht zuletzt über stationäre und ambulante Grenzen hinweg. Weitere Erfolgsfaktoren im Zusammenhang mit Versorgungsqualität seien durchgängige Behandlungsketten, klar benannte Verantwortlichkeiten im Netzwerk, die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowie die Veröffentlichung von jährlichen Ergebnisberichten. Nur wer entsprechende Vorgaben erfüllt und das jährlich nachweist, erhält das Zertifikat. Die langjährige Beobachtung zeigt: Zentren und Leistungserbringer wollen ihre Qualität selbst kennen lernen.

Zahlreiche ungeklärte Fragen bei Einführung von standort- oder personenbezogenen Mindestmengen

Vollkommen unklar ist, wie bei Erkrankung eines Arztes, der für eine bestimmte Operation oder Indikation mit einer Mindestmengenregelung belegt ist, verfahren werden soll. Wird dann die Mindestmenge prozentual abgesenkt? Ist in solchen Fällen eine Vertreterregelung möglich?

Kann ein Arzt an mehreren Standorten tätig werden? Wie wird dann gezählt?

Was geschieht im Falle einer Kündigung? Woher bekommt eine Klinik „auf die Schnelle" einen Arzt, der die Kriterien erfüllt und vielleicht auch schon „seine personenbezogene Mindestmenge" mitbringt? Werden die Krankenhäuser erpressbar? „Gehaltserhöhung!" oder „Kündigung" und der Verlust der Abrechenbarkeit einer Operationsart oder eines Krankheitsbildes?

Welche Eingriffe oder Interventionen sollen mit einer Mindestmenge belegt werden? Welche Kriterien führen zu einer solchen Entscheidung? Welche Eingriffe werden von einer Mindestmengenregelung ausgenommen?

Was geschieht, wenn ein Krankenhaus die Mindestmenge nicht erfüllt hat? Gibt es dann Abschläge oder wird eine ganze Operationsart rückwirkend nicht vergütet? Ist der Politik klar, dass hier unter Umständen jahrelange gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und den Kostenträgern bevorstehen?

Hat die Politik auch vor, ambulante Eingriffe mit Mindestmengen zu belegen? Gesundheitspolitisch macht es doch keinen Sinn, den stationären Bereich zu regeln, den ambulanten Sektor aber davon auszunehmen, vorausgesetzt, es geht der Politik wirklich um eine Steigerung der Qualität.

Wie sieht es bei Elternzeit, Pflegezeit, Teilzeitbeschäftigung aus? Wenn personenbezogene Mindestmengen gelten, dann würde ich davon ausgehen, dass man diese als teilzeitbeschäftigter Arzt kaum noch erreichen kann. Ich sehe hierin auch eine erhebliche Benachteiligung von Frauen in der Medizin, die bis heute und wahrscheinlich auch in Zukunft noch wesentlich häufiger in Teilzeitbeschäftigung stehen als Männer.

Wie soll die Ausbildung gestaltet werden? Ziel ist es, die Facharztkataloge in absehbarer Zeit von bislang vorgeschriebenen Mengen zu bereinigen. Mit neu eingeführten personen- oder standortbezogenen Mindestmengen führte man sie dann doch wieder ein. Kann man überhaupt noch von Facharztausbildung sprechen, wenn bestimmte Operationen oder Interventionen gar nicht mehr Bestandteil der Ausbildung sein können? Wer darf dann überhaupt noch ausbilden? Schon bei oberflächlicher Betrachtung ist mit einer erheblichen Fragmentierung der Ausbildung zu rechnen. Dies kann unter keinen Umständen im Sinne einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung sein. Die Qualität wird nicht besser, sie wird schlechter!

Wie könnte die Situation ohne Mindestmengen innerhalb der heutigen Strukturen verbessert werden – Verbesserung im Sinne einer Konzentration und dadurch möglichen Qualitätsverbesserung?

Noch immer ist es so, dass beispielsweise onkologische Patienten außerhalb der von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren behandelt werden und die betreffenden Kliniken dafür auch in exakt derselben Höhe vergütet werden.

In der orthopädischen Chirurgie findet eine Form von Zentrenbildung statt, die unserem Gesundheitssystem nicht recht sein kann: Kliniken, die Hüft- und Knieendoprothesen bei ansonsten gesunden Patienten fast im Akkord einsetzen, und den Rest der weniger attraktiven Patienten den Krankenhäusern überlassen, die an der Regelversorgung teilnehmen. Besonders perfide daran ist, dass diese Krankenhäuser selbst nicht an der Kalkulation des InEK teilnehmen, weil dies aufgrund der hohen Effizienz auch für den Rest der Krankenhäuser nicht sinnvoll erscheint. Umgekehrt erhalten diese Krankenhäuser aber trotz ihrer „Rosinenpickerei" und schon alleine dadurch höher ge-

messenen Qualität die volle DRG und leben praktisch auf Kosten der Regelversorger. Dies ließe sich rasch ändern: entweder nehmen diese Krankenhäuser an der Regelversorgung mit allem was dazugehört teil, oder sie werden wie der Rest der Krankenhäuser auch nach ihrem tatsächlichen Aufwand vergütet, was im konkreten Falle deutlich unter dem läge, was sie bisher erhalten. Dies bedeutete auch eine separate DRG-Kalkulation für diese Krankenhäuser. Der Aufwand hierfür wäre im übrigen erheblich geringer als die Einführung und Überprüfung von Mindestmengen.

Ein weiterer Punkt ist auch der Bereich des ambulanten Operierens. Faktisch werden der Ausbildung des medizinischen Nachwuchses tausende von Operationen „entzogen". Diese Operationen finden an ambulanten OP-„Zentren" ohne größere Qualitätskontrolle statt, an denen fast flächendeckend nicht ausgebildet wird. Die Mehrzahl dieser ambulanten OP-Zentren dienen der Gewinnmaximierung der diese betreibenden Ärzte und nicht in erster Linie der Gesundheitsversorgung einer Region. Es mag für die Politik finanziell attraktiv sein, das ambulante Operieren zu fördern, sinnvoll kann es m.E. aber nur innerhalb einer Klinik erfolgen. Im Übrigen stellt sich die Frage, ob tatsächlich alle Eingriffe, die innerhalb eines rein ambulanten Settings erfolgen, überhaupt indiziert sind. Selbst hinter beispielsweise kleineren gynäkologischen Eingriffen stehen letztlich potentiell onkologische Erkrankungen, die an ein zertifiziertes Zentrum gehören, in dem nicht nur mögliche Komplikationen beherrscht werden, sondern auch die gegebenenfalls erforderlichen weiterführenden Therapien durchgeführt werden können. Die bisherige Regelung belastet das Gesundheitssystem.

Foto: © lenetsnikolai/fotolia.com

Was sollte die Politik tun? – Reinen Wein einschenken!

Wenn man der Meinung ist, dass Krankenhäuser geschlossen werden müssen, dann muss man auch kommunizieren welche das sein sollen. Es ist nicht anständig, den Druck auf dem Rücken der Patienten einfach so weit steigen zu lassen, bis der ein oder andere Anbieter „die weiße Fahne hisst" und aufgeben muss. Es gibt in Deutschland ganz sicher unterversorgte Regionen. Ob es wirklich überversorgte Regionen gibt, muss erst einmal bewiesen werden. Und wenn der Beweis erbracht ist, muss man an der Umsetzung und Lösung des Problems konsequent und ohne Wenn und Aber arbeiten.

Man kann und sollte sich auch darauf verständigen, dass man den Patienten kommunizieren muss, dass nicht mehr „alles" und nicht mehr alles „sofort" möglich ist, aber man muss es kommunizieren. In den Niederlanden gibt es keine Arztwahl, in den skandinavischen Ländern wartet man zum Teil über ein Jahr auf eine Elektivoperation. Im Gesundheitssystem des Vereinigten Königreiches sieht es kein bisschen anders aus, bis hin zu dem Punkt, dass ab einem bestimmten Alter bestimmte Operationen gar nicht mehr durchgeführt werden. Ob wir das in Deutschland so wollen oder nicht, muss ohne jede Verneblung durch fragwürdige OECD-Daten in eine gesellschaftliche Diskussion münden.

Fazit

Die Einführung von Mindestmengen stellt keine Lösung in der Steuerung von Patientenflüssen dar. Ihre Einführung kann zu einem gefährlichen, für die Patienten potentiell lebensbedrohlichen Experiment werden.

Anschrift:
Frauenklinik
Kath. Marienkrankenhaus Hamburg
Alfredstr. 9, 22087 Hamburg
Tel.: 040-/2546-1662
Fax: 040-2546-1663

Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher

Der gedankliche Ansatz für Mindestmengen

Kommentar zum Thema „Mindestmengen“

Manchmal ist es gut, sich den meist trivialen Grundgedanken einer künstlich verkomplizierten, dann rechtlich bis ins Absurde differenzierten und normierten Problemstellung bewusst zu werden. Das Thema „Mindestmengen“ ist ein Musterbeispiel, wie ein hoch plausibles, lebensnahes und vertrauensstiftendes Gestaltungsprinzip während der regulatorischen Ausgestaltung und praktischen Anwendung seine so einfache Botschaft verliert. Einige einfache Leitfragen sind bei diesem Thema durchaus zielführend:

- Würden Sie sich selbst (das gilt auch für Ihr Kind oder einen nahen Angehörigen) einem komplexen Eingriff unterziehen, wenn Sie wüssten, dass der Operateur diesen nur rund zehn Mal im Jahr durchführt?
- Hätten Sie daneben Vertrauen in die Kompetenz des gesamten, oft wechselnden Krankenhaus-Teams bezüglich der Beurteilung Ihres Falles, wenn diese Konstellation so selten auftritt?
- Halten Sie es für ökonomisch sinnvoll, in einer solchen Einrichtung die gesamte Palette spezieller Produkte (z.B. Implantate) für unterschiedliche körperliche Voraussetzungen der Patienten vorzuhalten?
- Sollte nicht die Krankenhausplanung in den Bundesländern dies als zentrale Kategorie für die inhaltliche Aufstellung und investive Ausstattung der Krankenhäuser in ihrer Region berücksichtigen?

Einfache Fragen und genauso einfache Antworten. Natürlich wünschen wir uns alle die Orientierung an individueller Qualität, institutioneller Kompetenz und einem ökonomisch sinnvollen Umgang mit knappen und teuren Ressourcen.

Diese Grundsätze sollten wir nicht aus den Augen verlieren, wenn wir uns der Frage der rechtlich korrekten Ableitung in Richtlinien und regulatorische Vorgaben widmen. Dabei hilft ja durchaus die neue Rechtsprechung, die davon ausgeht, dass ein „wahrscheinlicher Zusammenhang“, dass die Güte der Leistungserbringung in besonderem Maße auch von der Erfahrung und Routine des mit der jeweiligen Versorgung betrauten Behandlers (Krankenhaus und/oder Arzt) beeinflusst wird. Und wenn dann die Studienlage nach allen wissenschaftlichen Maßstäben (Evidenz) einen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Qualität wahrscheinlich macht, ist die Vorgabe einer geeigneten Mindestmenge für die Erbringung der Leistung zulässig und angemessen.

Notwendigkeit robuster politischer Entscheidungen

Hier lauern aber auch Fallstricke: Natürlich kann man empirisch den Zusammenhang der besseren Qualität zwischen Einrichtungen mit Fallzahl 10 und Fallzahl 100 sicher wissenschaftlich herleiten. Bei der Festlegung der Mindestmenge auf 50 ist es allerdings völlig müßig, nach der Evidenz von 49 oder 51 zu fragen. Hier hilft wissenschaftliche Evidenz nicht weiter. Hier sind robuste politische Entscheidungen nötig und möglich.

Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher

Ob die gegenwärtig im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) diskutierten und zum Teil schon festgelegten Mindestmengen in diesem Sinne „robust“ genug sind, bleibt dahingestellt. Sie sind Ergebnis von natürlich interessengeleiteten Diskussionen und kompromissorientierten Entscheidungsprozessen, vor allem auch einer zögerlichen im Kern jedoch durchaus unterstützenden Rechtsprechung.

Die Erhöhung der Mindest-

mengen zum Beispiel bei Lebertransplantationen (von 10 auf 20), bei komplexen Eingriffen am Organsystem Ösophagus auf 10 und bei Pankreas auf 10 kann weder medizinisch noch ökonomisch gänzlich befriedigen. Auch die Ausnahmetatbestände „Gefährdung einer angemessenen flächendeckenden Versorgung“ und „Widerspruch zur Weiterbildungsordnung“ überzeugen vor diesem Hintergrund nicht wirklich.

Jede konkrete Zahl provoziert selbstverständlich im Einzelfall fragwürdige Konstellationen. Damit muss man leben. Der hocherfahrene Oberarzt, der die Erfahrung von hunderten erfolgreichen komplexen Eingriffen nachweisen kann, wird – als Chefarzt an ein Kreiskrankenhaus berufen – an der Mindestmengenregelungen aus gutem Grund scheitern müssen. Dies muss der Versorgungsauftrag unmissverständlich abbilden. Deshalb ist Qualität als neues Kriterium für die Krankenhausplanung der Länder auch so wichtig und richtig.

Orientierung des Leistungsportfolios am versorgungspolitischen Bedarf

Wir bauen das Leistungsportfolio von stationären Einrichtungen nicht um die Kompetenz von Personen „drum herum“, sondern um die regionalen versorgungspolitischen Bedarfe – und das ist gut so.

Foto: © rosifan19/fotolia.com

Es gilt: Wo immer ein hinreichend valider statistischer Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität besteht, ist die Definition von Mindestmengen für die Behandlung kranker Menschen ethische Pflicht. Es gilt auch: Wo immer dieser statische Zusammenhang besteht, folgt die Festlegung von Mindestmengen der versorgungspolitischen Vernunft. Sie wird bei entsprechender Aufklärung der Patienten als wichtige Orientierung gewünscht. Es gilt im Übrigen – und nicht nur als verschämt verschwiegener Nebeneffekt –, dass die Festlegung von Mindestmengen die ökonomische Rationalität des gesamten Versorgungsprozesses unterstützt. Die Diskussion um eine vermeintliche Präzision und wissenschaftliche Begründung einer konkreten Zahl wird der versorgungspolitischen Notwendigkeit dieser Strategie nicht gerecht. Sie verheddert sich in ihrer selbst geschaffenen Komplexität.

Autoren-Kontakt
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
Vorsitzender des Vorstandes
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg

Positionierung des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK) zu Mindestmengen

1. Durch das zum 01.01.2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde aus rechtssystematischen Gründen der bisherige § 137 Absatz 3 inhaltlich etwas modifiziert in den § 136b SGB V überführt. Er sieht u.a. vor, dass der G-BA für zugelassene Krankenhäuser Beschlüsse fasst über einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände.

Diese Ausnahmetatbestände sollen gemäß § 136b Absatz 3 unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge vermeiden helfen.

Wenn die festgelegten, erforderlichen Mindestmengen voraussichtlich nicht erreicht werden, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu.

2. Der VLK positioniert sich hierzu wie folgt:

2.1 Die Vorgabe von **Mindestmengen** ist nach Auffassung des VLK nur dann sinnvoll und sachgerecht, wenn sie dazu dient, **Gelegenheitseingriffe** (bei komplexen medizinischen Leistungen) durch Leistungserbringer **zu verhindern**, die die hierfür notwendigen fachlichen, personellen und sachlichen Voraussetzungen nicht erfüllen.

2.2 Der VLK steht der nicht **evidenzbasierten, generalisierenden Annahme,** dass mit der Anzahl erbrachter Leistungen auch die Qualität der Leistungserbringung steigt, **skeptisch bis ablehnend** gegenüber.

Aus diesem Grunde bedauert der VLK die durch das BSG-Urteil vom 12.09.2012 getroffene Feststellung, dass bei der Vorgabe von Mindestmengen ein voll beweisender Kausalzusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ausdrücklich **nicht** erforderlich ist.

2.3 Wenn die Vorgabe von Mindestmengen nicht durch eine wissenschaftliche, durch hochwertige Studien gesicherte Evidenz belegt werden muss, führt dies nach Einschätzung des VLK zu einer **GKV-initiierten inflationären Ausweitung der Anzahl von Mindestmengen-Vorgaben,** deren vordergründiges Ziel **Kostenreduzierung** und nicht Qualitätssteigerung ist.

2.4 Der VLK hält die Bindung von Mindestmengen-Vorgaben an einen Arzt für nicht sachgerecht, da sie die Gefahr beinhaltet, dass bei unvorhersehbarer, längerfristiger Abwesenheit des Arztes (z.B. aufgrund von Erkrankung) diese personenbezogene Vorgabe nicht erreicht werden kann, mit der Konsequenz des Ausschlusses der Vergütung der bis dato erbrachten Leistungen für das Krankenhaus. Erfolgt die Bindung der Mindestmenge ausschließlich an den Standort eines Krankenhauses, besteht diese Gefahr nicht, da dann andere Ärzte am Standort des Krankenhauses zum Erreichen der Mindestmenge beitragen können.

Wird die im Gesetz neu aufgeführte Alternative der Bindung einer Mindestmenge an den Arzt und den Standort eines Krankenhauses gewählt, dann ist die Leistungsabrechnung zu Lasten der GKV an zwei Voraussetzungen gekoppelt: Nur wenn die je Arzt vereinbarte Mindestmenge und die je Standort vorgegebene Mindestmenge je Leistung erreicht werden, kann die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse erfolgen. Fällt

bei dieser Alternative der Arzt als Leistungserbringer z. B. aus Krankheitsgründen aus, kann diese doppelte Voraussetzung ebenfalls nicht erfüllt werden.

Der VLK plädiert deshalb dafür, die **Mindestmengen-Vorgaben lediglich an das Krankenhaus oder an den Standort eines Krankenhauses zu binden** und hierfür eine klare Definition des Begriffes „Standort eines Krankenhauses" vorzugeben.

2.5 **Mindestmengen-Vorgaben** bedeuten nach Auffassung des VLK die politisch gewollte Konzentration bestimmter Leistungen auf bestimmte Krankenhäuser oder Krankenhaus-Standorte. Dies wiederum bedeutet, dass in den Krankenhäusern, die nicht als Standorte solcher Leistungen vorgesehen sind, diese Leistungen elektiv nicht erbracht werden dürfen. Diese Situation dürfte mit großer Wahrscheinlichkeit bei entsprechenden Notfällen der von der Mindestmengen-Regelung betroffenen komplexen Erkrankungen zu qualitativen Problemen bei der Notfallversorgung dieser Erkrankungen führen.

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de
Organ des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Chefredaktion:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45419 14
E-Mail: info@vlk-online.de
Prof. Dr. med. Karl Heinz Schriefers
Karl-Härle-Straße 9, 56075 Koblenz
Telefon: (02 61) 5 66 44, Fax: (02 61) 5 10 05
Satz:
creativ-studio arenz GmbH, Rotenburg
Redaktionsbeirat:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden (Düsseldorf),
Prof. Dr. Dietrich Paravicini (Bielefeld),
Prof. Dr. Günter Schmoz (Meißen),
PD Dr. Michael A. Weber (Dachau),
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Scheeßel)
Verantwortlich für Arzt und Recht:
Rechtsanwalt Bernd Klostermann
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
Telefon: (0234) 961650, Fax: (0234) 9616599

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

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

Stellungnahme des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK)

zu dem Vorbericht des IQTIG über „Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“

1. Vorbemerkungen

1.1 Gemäß § 136c SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und Bestandteil des Krankenhausplans werden. Seine Beschlüsse übermittelt der G-BA an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Ein erster Beschluss ist bis zum 31.12.2016 zu fassen.

Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz ober teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden.

1.2 Der G-BA hat vor diesem Hintergrund am 17. März 2016 das IQTIG damit beauftragt, aus den vorhandenen gemäß QSKH-RL erhobenen Qualitätsindikatoren planungsrelevante Indikatoren für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung zu empfehlen.

Das IQTIG hat am 18.07.2016 einen Vorbericht zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Indikatoren vorgelegt, der insgesamt 22 Indikatoren aus den Fachbereichen „Gynäkologische Operationen“ (3), „Geburtshilfe“ (6), „Mammachirurgie“ (3) und „Herzchirurgie“ (10) empfiehlt.

1.3 Hierzu ist anzumerken, dass die Fokussierung der Auftragsstellung auf die Herausarbeitung von Qualitätsindikatoren aus bereits vorhandenen Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung (und der damit verbundene Verzicht auf die Erarbeitung völlig neuer Qualitätsindikatoren bis zum 31.12.2016) voll inhaltlich der Intention des Verordnungsgebers entspricht, der dieses bereits im Juli 2015 bei der Vorlage des Regierungsentwurfs zum KHSG in der amtlichen Begründung hierzu artikuliert hat.

1.4 Das IQTIG hat deshalb auf Qualitätsindikatoren aus dem Fundus der externen stationären Qualitätssicherung zurückgegriffen, die das Fallgeschehen eines Fachgebietes möglichst umfänglich abdecken.

Die Qualitätsindikatoren des esQS-Verfahrens sind keineswegs so erprobt und bewährt, wie sie im Vorbericht dargestellt werden: Eine Untersuchung des AQUA-Instituts gemeinsam mit den Bundesfachgruppen und den Landesstellen für Qualitätssicherung von über 300 Indikatoren auf Relevanz, Verständlichkeit, Risiko
und Beeinflussbarkeit hat bei über 50% zu erheblichen Beanstandungen geführt. Zu hinterfragen ist deshalb, ob diese Beurteilungen bei der Auswahl der Indikatoren berücksichtigt wurden.[1]

2. Positionierung des VLK

Der VLK unterstützt ausdrücklich eine sachgerechte und mit Augenmaß geführte „Qualitätsoffensive“, die zu einer Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich führen kann. Dies sieht der VLK durch die vorgelegten Empfehlungen der 22 planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durch das IQTIG nicht gegeben und nimmt

[1] s. auch Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung

Foto: © megaflopp/fotolia.com

nachfolgend zu dem Vorbericht des Instituts wie folgt Stellung:

2.1 Anmerkungen zur Methodik

2.1.1 Selektionskriterium „Patientengefährdung“

Nach den Bestimmungen des KHSG scheiden Krankenhäuser, die die planungsrelevanten Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend und in erheblichem Maße **nicht** erreichen, aus dem Krankenhausplan aus oder werden gar nicht erst in diesen aufgenommen.

Dies stellt einen schweren Eingriff in die freie Berufsausübung dar und bedarf zur Legitimation eines Grundes, der in der Güteabwägung noch schwerer wiegt.

Obwohl der neu eingeführte Begriff der „Patientengefährdung“ wissenschaftlich nicht akzeptiert ist, glaubt das IQTIG, in der Verhinderung erheblicher Patientengefährdung diesen Grund gefunden zu haben und stützt sich dabei auf die These von McLoughlin, der im Jahre 2006 feststellte, dass die vermeidbare erhebliche Patientengefährdung stets einen inakzeptablen Mangel der Versorgungsqualität anzeigt.

Patientengefährdung wird damit aus Sicht des IQTIG das entscheidende Selektionskriterium für die Beurteilung von planungsrelevanten Indikatoren, anhand derer unzureichende Qualität der Leistungserbringung im Krankenhaus gemessen werden soll.

Diese durch das IQTIG vorgenommene willkürliche Qualitätsdefinition erbrachter Krankenhausleistungen ist **aus VLK-Sicht einseitig, wissenschaftlich unbelegt, d.h. nicht sachgerecht und damit kontraproduktiv**:

Zum Einen definiert sich Patientensicherheit nicht nur durch die Vermeidung von in ihrem Schweregrad unterschiedlichen unerwünschten Ereignissen bei der Leistungserbringung sondern vor allem durch ein entsprechendes Präventionskonzept. Zum Anderen darf kritisch hinterfragt werden, ob denn die Qualität der Leistungserbringung eines gesamten Krankenhauses oder der gesamten Fachabteilung eines Krankenhauses wirklich zielgenau durch die Vermessung mit dem willkürlichen und ungenauen Konzept „Patientengefährdung“ dargestellt werden kann.

Aus VLK-Sicht ist das Konzept “Patientengefährdung“ als planungsrelevanter Aspekt der medizinischen Versorgung nicht geeignet.

2.1.2 Repräsentativität

Vor dem Hintergrund der Vorgabe, dass planungsrelevante Qualitätsindikatoren vornehmlich die Bewertung der Versorgungsqualität einer Abteilung ermöglichen sollen, hat sich das IQTIG darum bemüht, Leistungsbereiche auszuwählen, die sich einzeln oder gemeinsam auf einen wesentlichen Anteil der Versorgung einer Fachabteilung be-

ziehen. Eine fallbezogene Repräsentativität wurde deshalb dann unterstellt, wenn für eine Krankenhausfachabteilung die von der esQS erfassten Fälle mindestens 50 % der Sollfälle der Bundesstatistik in dieser Fachabteilung abdecken.

Dieses „Repräsentationsprinzip“ ist in der internationalen Literatur zu Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit unbekannt und führt dazu – wie die umfangreiche Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) hierzu detailliert ausführt – dass ein Drittel der Krankenhäuser aus den hier dargestellten krankenhausplanerischen Maßnahmen ausgeschlossen bleiben und bei Beibehaltung des Kriteriums „50 % der Sollfälle“ viele Leistungsbereiche auch in Zukunft nicht berücksichtigt werden können. Zudem führt – wie die Stellungnahme des DNVF ausführt – dieses „Repräsentationsprinzip“ im vorliegenden Falle dazu, dass für 2 Leistungsbereiche planungsrelevante Qualitätsindikatoren ausgewählt werden, von denen klar vorhergesagt werden kann, dass sie für den Zweck des Unterfangens einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung in der Fläche (Grund- und Regelversorgung) und damit für das Thema des vorliegenden Vorberichtes eine allenfalls sehr geringe Aussagekraft und Relevanz aufweisen.[2]

Aus VLK-Sicht ist demnach die Methodik, nach der die Leistungsbereiche ausgewählt werden, für die planungsrelevante Qualitätsindikatoren vorgegeben werden sollen, **wissenschaftlich nicht gesichert und vom Ergebnis her eher unbefriedigend**, da dadurch Qualitätsindikatoren für Leistungsbereiche vorgegeben werden, die nur begrenzt zur Grund- und Regelversorgung gehören.

2.1.3 Evidenz

Vor dem Hintergrund der möglichen essentiellen Folgen der Vermessung der Krankenhäuser mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist das IQTIG beim Nachweis des Zusammenhangs zwischen Prozessstandard und potentiellem Schadensereignis mehrstufig vorgegangen: Zunächst wurde anhand von Recherchen geprüft, ob für einen Qualitätsindikator nationale gesetzliche oder untergesetzliche Normen existieren.
War dies nicht der Fall, dann erfolgte eine systematische Leitlinien- und Literatursuche. Die verwendeten Leitlinien mussten mindestens den Ansprüchen der S2e-Leitlinien entsprechen.

Falls diese Recherche erfolglos blieb, erfolgte die Suche nach internationalen Leitlinien.

Blieb auch dies erfolglos, erfolgte die Recherche nach Reviews der letzten 5 Jahre zu diesem Themenbereich.

Zwei Mitarbeiter des IQTIG haben die gefundenen Ergebnisse auf ihre Eignung und Relevanz für die Forschungsfrage überprüft. Bei Uneinigkeit wurden die Artikel diskutiert und Konsens angestrebt.

Wegen der möglichen existenzbedrohenden Folgen für Krankenhäuser und im Hinblick auf die Rechtssicherheit müssen aus VLK-Sicht die **planungsrelevanten Qualitätsindikatoren den höchsten Evidenz-Ansprüchen genügen**. Dies heißt, dass die mit der Akzentuierung „Patientengefährdung“ empfohlenen Qualitätsindikatoren ihre Bestätigung entweder in nationalen gesetzlichen oder untergesetzlichen Normen oder in Leitlinien mit dem Niveau S2e finden müssen.

2.1.4 Umsetzung des Verfahrens (Verifizierung und Validierung)

Die Krankenhäuser erfassen die Daten zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Rahmen der esQS. Diese Daten werden quartalsweise an die Datenannahmestelle des jeweiligen Bundeslandes weitergeleitet.

Werden statistische Auffälligkeiten in den Quartalsauswertungen

[2] s. auch Stellungnahme des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

festgestellt, soll dies die Krankenhäuser zur Verbesserung ihrer Ergebnisse veranlassen. Wenn darüber hinaus noch in der Jahresauswertung erhebliche Auffälligkeiten auftreten, leitet das IQTIG eine Verifizierung sowie eine umfassende Datenvalidierung ein: In der Phase der Verifizierung soll das Krankenhaus gegenüber IQTIG eine Stellungnahme zu den Gründen dieser Auffälligkeiten abgeben. Darüber hinaus wird der MDK im Auftrag des IQTIG die Dokumentationsqualität prüfen (Datenvalidierung).

IQTIG verpflichtet einen Pool an medizinisch-fachlichen Experten zu den Leistungsbereichen mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Dieser Experten-Pool kann bei der Verifizierung hinzugezogen werden.

Aus VLK-Sicht ist hierzu anzumerken, dass die **Datenverifizierung** den sonst bei Auffälligkeiten üblichen **strukturierten Dialog ersetzen** soll. Der VLK bedauert den Wegfall des strukturierten Dialogs im Rahmen der Datenvalidierung. Als akzeptablen Kompromiss sieht der VLK den Vorschlag an, ein Expertenteam bei der Datenverifizierung einzusetzen, bevor planungsrelevante Entscheidungen getroffen werden. **Der Einsatz des Expertenteams ist aus VLK-Sicht aber nicht fakultativ sondern zwingend erforderlich.**

Foto: © pico/fotolia.com

Darüber hinaus plädiert der VLK dafür, bei der vorgesehenen Datenvalidierung durch den **MDK ausschließlich Fachärzte und – wo entsprechend der Weiterbildungsordnung gegeben – Fachärzte mit Schwerpunkt einzusetzen**.

Zudem müssen bei der Auswahl und Zusammenstellung des angedachten Experten-Pools, der als beratendes Gremium bei der Verifizierung mitwirken soll, auch die Fachgesellschaften ein entsprechendes Besetzungsrecht (mindestens 50%) erhalten.

Aus Sicht des VLK muss der Procedere-Vorschlag des IQTIG eine Präzisierung im Sinne der vorstehenden VLK-Anmerkungen erhalten.

3.Bewertung der empfohlenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Der Vorbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren empfiehlt 3 Qualitätsindikatoren für gynäkologische Operationen, 6 Indikatoren für Geburtshilfe, 3 Indikatoren für die Mammachirurgie und 10 Indikatoren für das Gebiet der Herzchirurgie.

Der VLK nimmt zu diesen empfohlenen Qualitätsindikatoren wie folgt Stellung:

3.1 Indikatoren aus dem Bereich „Geburtshilfe“

- Qualitätsindikator 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

  VLK-Bewertung: Die Anwesenheit eines qualifizierten Pädiaters sollte bei 100 % aller Frühgeburten – und nicht wie beim empfohlenen Indikator in 90 % – gefordert werden. Die personellen Ressourcen hierfür müssen zur Verfügung gestellt werden.

- Qualitätsindikator 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens 2 Kalendertagen

  VLK-Bewertung: Es ist drin-

[3] s. auch Stellungnahme zu „Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ in der Gynäkologie und Geburtshilfe von PD Dr. Holger Maul und Prof. Dr. Gerhard Gebauer vom 22.07.2016

gend davor zu warnen, Kortikosteroidgaben zu großzügig vorzunehmen. 60 % der Lungenreifeinduktionen, die derzeit vorgenommen werden, sind schon heute unnötig. Vor langfristigen negativen Folgen der (überflüssigen) Kortikosteroidgabe wird gewarnt!

- Qualitätsindikator 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

  VLK-Bewertung: Dieser Parameter ist allgemein akzeptiert.

- Qualitätsindikator 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

  VLK-Bewertung: Dieser Parameter ist allgemein akzeptiert. Allerdings ist dieser Parameter als Qualitätsindikator für die geburtshilfliche Versorgung eher nicht geeignet.

- Qualitätsindikator 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten

  VLK-Bewertung: Es ist falsch, die Rate an höhergradigen Dammrissen in die Qualitätsbeurteilung einfließen zu lassen. Der Parameter ist veraltet und nach aktuellem Stand des medizinischen Wissens obsolet. Er sollte grundsätzlich nicht verwendet werden.

- Qualitätsindikator 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

  VLK-Bewertung: Dieser Indikator ist allgemein akzeptiert. Er sollte trotzdem nicht als ein „in Stein gemeißelter" Parameter betrachtet werden, weil er nicht gemessen, sondern erhoben wird.

3.2 Qualitätsindikatoren im Bereich „Gynäkologische Operationen"[3]

- Qualitätsindikator 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

  VLK-Bewertung: Dieser Indikator erscheint ungeeignet, um in der pauschalen Form Aussagen über die operative Qualität einer Einrichtung zu treffen.

- Qualitätsindikator 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung

  VLK-Bewertung: Es ist zu hinterfragen, in welchem Umfang und in Bezug auf welche Parameter eine histologische Untersuchung durchzuführen oder anzustreben ist.

- Qualitätsindikator 51906: Ver-

Foto: © Coloures-pic/fotolia.com

hältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

VLK-Bewertung: Unter qualitativen Aspekten ist dieser Parameter keine sinnvolle Alternative.

3.3 Qualitätsindikatoren aus dem Bereich der „Mammachirurgie“ 3

- Qualitätsindikator 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

VLK-Bewertung: Dieser Indikator ist nach aktuellem Stand des medizinischen Wissens überholt.

- Qualitätsindikator 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

VLK-Bewertung: Dieser Indikator stellt eine etablierte Selbstverständlichkeit dar und ist grundsätzlich ausnahmslos zu fordern.

- Qualitätsindikator 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

VLK-Bewertung: Dieser Indikator ist eine etablierte Selbstverständlichkeit und grundsätzlich ausnahmslos zu fordern.

3.4 Qualitätsindikatoren aus dem Fachbereich „Herzchirurgie“

Der Bereich der Herzchirurgie ist in den Krankenhäusern durch Vorgaben der Landesbehörden bzgl. der Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität bereits extrem durchgeplant. Dies und die im Vergleich zur Gesamtzahl aller stationär behandelten Fälle geringe Anzahl der erbrachten Versorgungsleistungen lassen die Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für dieses Gebiet nicht sachgerecht erscheinen.

Der VLK verzichtet demgemäß auf eine Bewertung der vom IQTIG für diesen Bereich empfohlenen planungsrelevanten Indikatoren.

4. Fazit

4.1 Das Konzept „Patientengefährdung“ steht im Gegensatz zu dem international üblichen Prinzip der Prävention, das nicht auf der Suche nach Schuld und Strafe basiert. Der Begriff „Patientengefährdung“ stammt aus dem Katastrophenschutz und ist nach Expertenmeinung rechtsunsicher.

4.2 Durch das für die Auswahl der mit Qualitätsindikatoren zu überziehenden Fachbereiche gewählte Repräsentationsprinzip wurden 2 Leistungsbereiche ausgewählt, die für qualitätsorientierte Krankenhausplanung eine allenfalls geringe Aussagekraft und Relevanz aufweisen.

4.3 Vor dem Hintergrund der existenzbedrohenden Konsequenzen der Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhäuser ist eine stark ausgeprägte Evidenzbasierung notwendig, auch um die Rechtssicherheit der empfohlenen Qualitätsindikatoren zu gewährleisten. Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen Prozessstandard und potentiellem Schadensereignis muss demnach wissenschaftlich hochgradig abgesichert sein.

4.4 Bei der Validierung der von den Krankenhäusern an die Daten-Annahme-Stelle gelieferten Daten der esQS bedarf es der qualitativen Aufrüstung des MDK, indem ausschließlich Fachärzte und – wo entsprechend der Weiterbildungsordnung gegeben – Fachärzte mit Schwerpunkt eingesetzt werden.
Das für die Verifizierung geplante Expertenteam muss einerseits zwingend vor jeder planungsrelevanten Entscheidung eingesetzt werden und bedarf andererseits eines Besetzungsrechts durch die Fachgesellschaften (mindestens 50 %).

4.5 Die für den Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe vom IQTIG empfohlenen Qualitätsindikatoren sind aus VLK-Sicht für den geplanten Zweck teilweise veraltet, teilweise ungeeignet bzw. nach derzeitigem Stand des medizinischen Wissens obsolet und nur zu einem geringen Teil akzeptabel.

Für den bereits durch stringente Vorgaben durchgeplanten Bereich der Herzchirurgie machen die empfohlenen Qualitätsindikatoren überhaupt keinen Sinn, weil bereits die politisch gewollten Vorgaben der Zentralisierung erfüllt sind.

Bewertung der Zielvereinbarungen in Verträgen mit Leitenden Krankenhausärzten

durch die Gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Vorbemerkungen

1.
Bundesärztekammer und Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands haben
bereits im Juli 2013 eine gemeinsame Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“ eingerichtet.

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

Eine am 17.09.2014 unter Berücksichtigung der bisher gemachten Erfahrungen erfolgte Neufassung der Empfehlungen bezieht sich nunmehr nicht nur auf Bonuszahlungen für einzelne Leistungen, sondern auch für Leistungsmengen und Leistungskomplexe.

Darüber hinaus hat der Vorstand der Bundesärztekammer - ebenso wie der Verband der Leitenden Krankenhausärzte - aus rechtlichen Erwägungen eine die Ergänzungen der Empfehlungen aufgreifende Änderung der gesetzlichen Vorschrift des § 136a [alt] SGB V selbst als erforderlich erachtet. Die Erweiterung der gesetzlichen Regelung, in Zielvereinbarungen die Koppelung von Bonuszahlungen auch an Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür (wie z. B. Case-Mix-Volumina oder Summen von Bewertungsrelationen) auszuschließen, trägt der seitherigen Entwicklung in notwendigem Maße Rechnung und stellt somit eine notwendige Voraussetzung für die vom Gesetzgeber angestrebte Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von ökonomischen Anreizen dar.

Dieser gemeinsamen Initiative der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte trug der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit einer Neufassung dieser Vorschrift in § 135c [neu] Rechnung. Die zum 01.01.2016 in Kraft getretene Neufassung des § 135c SGB V lautet: „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der
Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.“

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

Für die Bewertung von Zielvereinbarungen ab dem 17.09.2014

wird die Neufassung der Empfehlungen herangezogen (s. Ziffer 2).

Die Befassung der Koordinierungsstelle mit Zielvereinbarungen soll deutlich machen, dass aus Sicht der Bundesärztekammer und des VLK auch mit dem Abschluss dieser im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abgegebenen Empfehlungen der DKG vom 24.04.2013 sowie vom 17.09.2014 nicht alle aktuell existierenden oder angebotenen Zielvereinbarungsregelungen von vornherein als gesetzes- und empfehlungskonform einzustufen sind.

Damit wollen Bundesärztekammer und VLK die Ärztinnen und Ärzte sowie die Klinikverwaltungen dabei unterstützen, nur rechtskonforme Zielvereinbarungen abzuschließen.

4.

Die in der gemeinsamen Koordinierungsstelle erfolgende Bewertung von Zielvereinbarungstexten erfolgt mithin ab 01.01.2016 nach folgenden Kriterien:

4.1 Vereinbarkeit mit der Vorschrift des §135c SGB V (Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für **einzelne** Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen).

4.2 Akzeptanz **ökonomischer Inhalte** von Zielvereinbarungen nach folgender **„Faustregel“**:

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

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

Foto: © Marco2811@pic/fotolia.com

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

Gerd Norden

Zielvereinbarungen unter der Lupe

Zielvereinbarung 104

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung als prozentuale Beteiligung am erreichten Betriebsergebnis (EBITDA)

  Bewertung: Bedingt akzeptabel
  Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel" wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.

  Dies ist für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Eher akzeptabel ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

- Erarbeitung eines Weiterbildungskonzeptes für die Neuroradiologie, integriert in den modular aufgebauten Musterweiterbildungsplan zum Facharzt für Radiologie.

  Bewertung: Positiv,
  da dieses Element der Zielvereinbarung auf die Verbesserung der Mitarbeiterqualifikation und letztlich auch auf die Qualität der Patientenversorgung abstellt.

- Bonuszahlung für die Vorlage eines Umsetzungsplans für den Fachbereich der interventionellen Neuroradiologie unter Einbeziehung der Ärzte in die Entscheidungsprozesse für den zentralen Einkauf von leistungssensiblen neuroradiologischen Produkten.

  Bewertung: Die Einbeziehung der Ärzte in die Entscheidungsprozesse für den zentralen Einkauf ist wegen der fachlichen Expertise **positiv** zu bewerten. Die Einbeziehung umfasst nicht die Preisverhandlungen.

Zielvereinbarung 105

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung als Beteiligung an den externen Erlösen (ambulante Erlöse, Zusatzentgelte und Leistungen für Dritte).

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement verstößt gegen die Vorschrift des § 135c SGB V und ist **abzulehnen**.

- Bonuszahlung als variable Beteiligung am EBITDA.

  Bewertung: Bedingt akzeptabel
  Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel" wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.

  Dies ist für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Eher akzeptabel ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

Zielvereinbarung 106

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung für Konzeption und erfolgreiche Durchführung des DEGIR-Zertifizierungsverfahrens bis zum 31.12.2016.

  Bewertung: Die Durchführung von Zertifizierungen ist als Kriterium grundsätzlich geeignet, da dieses Zielvereinbarungselement nicht gegen § 135c SGB V verstößt.

  Bewertung im Einzelnen ist nicht möglich, da die inhaltliche Präzisierung für dieses Element nicht hinterlegt ist.

- Bonuszahlung für die Steigerung der abrechnungsfähigen, ambulanten MRT-Untersuchungen bei PKV-Patienten.

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **abzulehnen**, da es gegen die Vorschrift des § 135c SGB V verstößt.

- Bonuszahlung für regelmäßige Teilnahme an mindestens 3 externen Tumor-Boards/Qualitätszirkeln.

  Bewertung: Im Zusammenhang mit der Indikationsstellung ist dieses

Zielvereinbarungselement **nicht zu beanstanden**.

- Bonuszahlung für die Organisation mindestens einer Informationsveranstaltung für Zuweiser.

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **nicht zu beanstanden**, soweit berufsrechtliche Regelungen beachtet werden.

- Bonuszahlung für die Unterstützung des Ausschreibungs- und Beschaffungsprozesses eines CT.

  Bewertung: Akzeptabel

Zielvereinbarung 107

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung für die Erhaltung des im (vorigen) Geschäftsjahr erreichten Abdeckungsgrades (Deckungsbeitrag) der Abteilung auch im laufenden Geschäftsjahr.

  Bewertung: Bedingt akzeptabel
  Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erwirtschafteten Deckungsbeitrag dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel" wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.

- Verweildauersteuerung in dem Sinne, dass der Anteil der Normallieger (kurz) im Geschäftsjahr für die Klinik gesteigert wird und im Jahresmittel ein vorgegebener Wert für die Klinik erreicht wird.

  Bewertung: Abzulehnen, da dieses Zielvereinbarungselement einen Verstoß gegen die Vorschrift des § 135c SGB V darstellt.

  Im Grunde geht es um eine Erhöhung des Anteils der Kurzlieger, also um einen wirtschaftlichen Anreiz frühestmöglicher Entlassung ohne Bezug zur medizinischen Indikation. Es handelt sich um die Fokussierung auf die Steigerung des lukrativen Segmentes der „kurzen" Normallieger.

- Bonuszahlung für Übernahme von Notarztdiensten durch die Gesamtabteilung Innere Medizin.

  Bewertung: Nicht zu beanstanden

Zielvereinbarung 108

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung bei Nichtüberschreitung der Aufwendungen für Honorarärzte.

  Bewertung: Konkrete Ausgestaltung und Gesamtkontext sind nicht bekannt, sodass dieses Zielvereinbarungselement nur bedingt bewertbar ist. **Akzeptabel** nur unter der Voraussetzung, dass die hier zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierungen bzw. Erlössteigerungen gemäß der „Faustregel" beeinflusst werden.

- Erreichung der Leistungsdaten im stationären Bereich, im teilstationären Bereich, in der PIA.

  Bewertung: Abzulehnen, da diese Elemente gegen die Vorschrift des § 135c SGB V verstoßen.

- Bonuszahlung für Umstieg und Umsetzung PEPP.

  Bewertung: Akzeptabel

- Erreichung des Leistungsvolumens in der stationären, ambulanten Privatliquidation und gutachterlicher Tätigkeit des Vorjahres.

  Bewertung: Abzulehnen, da dieses Zielvereinbarungselement der Vorschrift des § 135c SGB V widerspricht.

Zielvereinbarung 109

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung für die Erreichung eines vorgegebenen durchschnittlichen Verweildauer-Quotienten.

  Bewertung: Wird dieser durchschnittliche Verweildauer- Quotient durch **Fallzahlsteigerung** erreicht, ist dieses Zielvereinbarungselement **abzulehnen**, da es gegen die Vorschrift des § 135c SGB V verstößt.

  Wird der durchschnittliche Verweildauer-Quotient durch eine **Verweildauerreduzierung** erreicht, ist dieses Zielvereinbarungselement **nur dann akzeptabel, wenn** diese Verweildauerreduzierung medizinisch indiziert und unter Beachtung der „Faustregel" erreicht wird.

- Bonuszahlung für IST-Entlassungsanteil.

  Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für Verlust-Reduzierung pro Fall laut MDK.

  Bewertung: Da inhaltlich nicht hinterlegt ist, durch welche Maßnahmen eine Verlustre-

duzierung pro Fall laut MDK erreicht werden soll, ist dieses Zielvereinbarungselement **nicht bewertbar**, insbesondere nicht im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit § 135c SGB V.

Zielvereinbarung 110

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung für Erhöhung der Patientenzufriedenheit.

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist im Grunde **geeignet**, sofern die Vorschriften der Berufsordnung beachtet werden.

- Bonuszahlung für die Erreichung eines vorgegebenen Wertes für die Produktivität Ärztlicher Dienst und Tage pro Case mix.

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement **ist abzulehnen**, da es der Vorschrift des §135c SGB V widerspricht.

- Bonuszahlung für Erhaltung bzw. Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit durch gute Führungskompetenz unter Berücksichtigung der Unternehmensziele.

  Bewertung: Akzeptabel

Zielvereinbarung 111

Einzelelemente und deren Bewertung

- Erreichen oder Überschreiten einer vorgegebenen Anzahl von CM-Punkten.

  Bewertung: Abzulehnen, da dieses Zielvereinbarungselement der Vorschrift des § 135c SGB V widerspricht.

- Bonuszahlung für die Erreichung **zusätzlicher** CM-Punkte.

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **abzulehnen**, da es auf die Gewinnung zusätzlicher CM-Punkte abzielt und damit der Vorschrift des § 135c SGBV widerspricht.

- Bonuszahlung für die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Fortbildungen für

Foto: © dp@pic/fotolia.com

Zuweiser/Patienten.

Bewertung: Die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für **Patienten** ist **akzeptabel**. Die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für **Zuweiser** ist **akzeptabel**, soweit die berufsrechtlichen Voraussetzungen beachtet werden.

Zielvereinbarung 112

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung für Erreichen eines definierten Budgeterlöses.

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **abzulehnen**. Die vorgegebenen Budgeterlöse sind nur erreichbar entweder durch Fallzahlsteigerungen oder durch eine Erhöhung der Bewertungsrelationen. Beide Wege widersprechen aber der Vorschrift des § 135c SGB V.

- Bonuszahlung für die Etablierung von Qualitätssicherungszirkeln in der Palliativmedizin und Supervision.

  Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für Reduzierung der mittleren InEK-Verweildauer auf 85 % (oder weniger) dieses Wertes.

  Bewertung: Generell ist anzumerken, dass die Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten ein Indikator für Prozessqualität sein kann, aber nicht muss. Als Zielvereinbarungselement ist dies nur **akzeptabel, wenn** die Verweildauer-Reduzierung medizinisch vertretbar ist und die Qualität der Patientenversorgung nicht leidet.

- Bonuszahlung für Codierfreigabe der Akten 48 Stunden nach Entlassung.

  Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für Durchführung von mindestens 3 einweiser- und patientenbezogenen Veranstaltungen.

  Bewertung: Diese Zielvereinbarungselemente sind **nicht zu beanstanden**, soweit die Vorschriften der Berufsordnung eingehalten werden.

- Bonuszahlung für Etablierung der geriatrischen Komplexbehandlung.

  Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für standardisierte Weiterbildungs- und Mitarbeitergespräche.

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist als Kriterium **geeignet**.

Zielvereinbarung 113

Einzelelemente und deren Bewertung

- Bonuszahlung für die Mitwirkung an der Verbesserung der Deckung der ärztlichen Kosten der Abteilung durch die Erlöse der Abteilung im laufenden Geschäftsjahr.

  Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **abzulehnen**, da es der Vorschrift des § 135c SGB V widerspricht.

- Bonuszahlung für die Erreichung eines festgelegten Mindestbetrages von Bruttoliquidationseinnahmen für stationäre wahlärztliche Leistungen der Abteilung und Zahlung eines weiteren Bonusbetrages für eine Steigerung der Bruttoliquidationseinnahmen.

  Bewertung: Gegen dieses Zielvereinbarungselement bestehen **Bedenken**, weil eine Bonuszahlung für die Erreichung eines vorgegebenen „Mindestumsatzes“ und darüber hinaus auch für eine „Umsatzsteigerung“ im Bereich der stationären wahlärztlichen Leistungen der Abteilung vereinbart werden soll. Dies legt die Vermutung nahe, dass die „Faustregel“ (nach der die effiziente Umsetzung medizinisch indizierter Leistungen akzeptiert wird, aber ökonomisch indizierte Leistungen abzulehnen sind) nicht beachtet werden könnte. Damit würde dieses Zielvereinbarungselement dann der Vorschrift des § 135c SGB V widersprechen.

- Bonuszahlung für die Führung des Krebsregisters und die vollständige Erfassung mit den Tumortabellen.

  Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung wenn die IST-Verweildauer in der Klinik für Neurochirurgie im Durchschnitt der mittleren InEK-Verweildauer entspricht. Bei einer weiteren Unterschreitung der InEK-Verweildauer von 5 oder gar von 10 % wird eine weitere Bonuszahlung ausgelobt.

  Bewertung: Generell ist anzumerken, dass die Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten ein Indikator für Prozessqualität sein kann, aber nicht sein muss. Als Zielvereinbarungselement ist dies **nur akzeptabel**, wenn die Verweildauerreduzierung medizinisch vertretbar ist und die Qualität der Patientenversorgung nicht leidet.

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.

Prof. Dr. R. Fünfstück, Vizepräsident des VLK
Dr. F. Lange, Vorsitzender des Landesverbandes Thüringen des VLK

Treffen des Landesvorstandes des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte mit dem Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Unser Gesundheitswesen verändert sich ständig. Der medizinische Fortschritt eröffnet neue und effizientere Wege, Krankheiten zu erkennen und besser zu behandeln. Allerdings müssen die Versorgungsleistungen für unsere Patienten auch finanzierbar sein und dauerhaft stabil bleiben. Kranke Menschen erwarten zu Recht, dass alle Voraussetzungen geschaffen werden, medizinische Hilfe auch da, wo diese wirklich notwendig ist, möglichst umfassend zu leisten. Um diese Ansprüche zu erfüllen, sind die verfügbaren Ressourcen sachgerecht zu nutzen und mit Kompetenz zu verwalten.

Bewährtes zu hinterfragen und nach gründlicher Prüfung effizientere Wege in der medizinischen Betreuung zu organisieren, ist eine Pflicht, der sich alle, die für unser ambulantes und stationäres Gesundheitswesen Verantwortung tragen, unterziehen müssen. Dies betrifft auch eine kritische Bewertung etablierter Versorgungsstrukturen und die Möglichkeit, rationalere Modelle zur gesundheitlichen Betreuung im ambulanten und stationären Sektor gemeinsam zu entwickeln.

Eine mit Sachkompetenz durchgeführte Bestandsanalyse der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen sollte im Ergebnis Perspektiven aufzeigen, um sowohl im städtischen wie auch im ländlichen Raum die medizinische Betreuung dauerhaft stabil zu gestalten.

Diesem Anliegen diente am 30.06.2016 eine Diskussion leitender Krankenhausärzte Thüringens mit dem Leiter der Vdek-Landesgeschäftsstelle Thüringens, Herrn Dr. A. Findeklee. Übereinstimmend wurde festgestellt, dass Gespräche zwischen der Ärzteschaft und den Vertretern der Krankenkasse mit dazu beitragen können, das gegenseitige Verständnis zu fördern, um gemeinsam mit der Landesregierung tragfähige Lösungen für eine stabile Gesundheitsversorgung in Thüringen zu entwickeln. Sowohl seitens des VLK betonten Herr Dr. F. Lange (Hufeland-Klinikum Mühlhausen) und Herr Prof. Dr. R. Fünfstück (Sophien-und Hufeland- Klinikum Weimar) wie auch Herr Dr. A. Findeklee die Notwendigkeit, entsprechende Konzepte für eine bessere Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Thüringen gemeinsam zu diskutieren. Dies betrifft unter anderem auch Fragen nach zukünftigen Krankenhausstandorten oder Aspekte einer wirklich sinnvollen Gestaltung sektorübergreifender Versorgungs-prinzipien.

Die Ärzteschaft und die Landeskrankenhausgesellschaft stehen ebenso wie die Krankenkassen, als maßgebliche Kostenträger unseres Gesundheitssystems, in der Pflicht rationale Veränderungen unserer Versorgungssysteme zu erörtern und konstruktiv an deren Umsetzung mit zu wirken.

Im neuen Landeskrankenhausplan gibt es einige Ansätze, die stabilere stationäre Versorgungmöglichkeiten im ganzen Freistaat Thüringen ermöglichen sollten. In diesem Zusammenhang verwies Herr Dr. U. Petereit (Thüringen- Klinik Saalfeld) auf Probleme, die dem gewünschten Ziel einer effektiven sektorübergreifenden Versorgung gegenüberstehen. Er betonte beispielsweise, dass die Vergütung von Leistungen, die von Krankenhäusern auch im ambulanten Sektor erbracht werden, völlig unzureichend sei. Eine solide Finanzierung erbrachter Leistungen muss deren Aufwand und Nutzen entsprechen. Auf gute Erfahrungen sektorübergreifender Betreuungsstrategien im Fachgebiet Psychiatrie wies Herr

Dr. R. Serfling (Sophien-und Hufeland Klinikum Weimar). Zugleich brachte er seine Sorge zum Ausdruck, dass die Entscheidung der Landesregierung, eigenständige Einrichtungen in den Fächern Psychosomatik und Geriatrie in Thüringen zu etablieren, infolge gegenwärtig noch vorhandener struktureller und personeller Defizite problematisch sei. Ohne Kenntnis der realen Situation lassen sich Maßnahmen und tiefgreifende Entscheidungen nur unvollkommen durchsetzen.

In dieser Hinsicht plädierte er genauso wie Prof. Dr. R. Fünfstück für die befristete Übergangsregelung, um verschiedene Versorgungsstrukturen zu entwickeln Am Beispiel des Faches Onkologie schilderte Herr Prof. Dr. A. Hochhaus (Universitätsklinikum Jena) gute Erfahrungen bei der Durchsetzung interdisziplinärer Betreuungskonzepte. In dieser Hinsicht plädierte er genauso wie Prof. Dr. R. Fünfstück für die befristete Übergangsregelungen, um stabile Versorgungsstrukturen zu entwickeln, die auch allen Qualitätsansprüchen gerecht werden können.

Die Inanspruchnahme interdisziplinärer Kapazitäten muss nach Auffassungen aller Gesprächspartner auch für die notwendige Erweiterung der stationären geriatrischen Versorgung in Thüringen Gültigkeit haben. Dazu werden entsprechende Änderungen dringend angemahnt.

Seitens der Krankenkassen betonte Herr Dr. Findeklee nochmals den Standpunkt, dass aufgrund der demographischen Entwicklung kompetenter Umgang mit finanziellen Ressourcen auch die Effizienz stationärer Einrichtungen geprüft werden muss. „Das Bewahren von Bewährtem oder die Konservierung von Etablierten sollten nicht Maßstab von Entscheidungen sein“, sondern die Gestaltung zukunftsfähiger Krankenhausstrukturen muss nach A. Findeklee wegweisend sein. Hierüber seien sich alle maßgeblichen Vertreter der Krankenkassen einig und in dieser Hinsicht sollten auch alle Aktivitäten, Meinungsäußerungen und Konzepte verstanden werden.

Dieser prinzipiellen Aussage stimmten die Vertreter die Ärzteschaft zu.

Der Landesvorstand des VLK Thüringen fordert aber auch, dass Konzeptionen und letztlich Beschlüsse zur Änderung der Versorgungsstrukturen in Thüringen mit den leitenden Ärzten abgestimmt und nicht über ihre Köpfe hinweg bestimmt werden. Viele Thüringer Ärzte sind bereit, sich konstruktiv in derartige Diskussionen einzubringen. Sie wollen sich mit ihrer durch die tägliche Arbeit mit den Patienten gewonnene Kompetenz, bei Fragen zur Entwicklung stationärer Einrichtungen mit einbringen und diese Prozesse mit gestalten. Die Thüringer Ärzte wollen nicht, dass ohne Ihre Mitwirkung Entscheidungen gefasst werden, die realitätsfremd sind und nicht den realen Forderungen des klinischen Alltages entsprechen.

Das Treffen zwischen den Vertretern der Ärzteschaft mit Herrn Dr. A. Findeklee wurde in einer sehr vertrauensvollen Atmosphäre geführt. In den nächsten Monaten werden weitere Gespräche des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte mit den Kostenträgern und mit verantwortlichen Thüringer Gesundheitspolitikern folgen.

Bücher

Fokus Führung

J. Düllings, H. F. Weiser,
A. Westfellerhaus (Hrsg.):
Medizinisch wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft. Berlin 2016
231 Seiten
ISBN 978- 3-95466-241-8
49,95 EUR

War Ferdinand Sauerbruch ein erfolgreicher Klinikchef? Hielt er etwas vom Lean Management? War er eine Take. off-Persönlichkeit? Das Krankenhaus hat sich vom Hort der Mitmenschlichkeit in ein Unternehmen gewandelt, in dem Rentabilität eine führende Rolle spielt und der Arzt sich mit Begriffen wie Wertschätzung, Prozessführung, Controlling und vielen anderen aus dem Wirtschaftsleben vertraut machen und sich anstatt mit einem erfolgreichen Klinikum mit einem Spitzenunternehmen (genannt wird Wells Fargo) vergleichen lassen muss. Als Chef eines Unternehmens bedarf er anderer Qualitäten als etwa der manuellen Kunstfertigkeit eines Chirurgen, und so findet man heute als Lehrer für eine Spitzenposition im Krankenhaus weniger Ärzte als Betriebswirte, Personal- und Wirtschaftsberater, Sozialwissenschaftler und Psychologen. Auch in diesem Buch, das leitenden Krankenhausärzten vermitteln will, was leitende Krankenhausmitarbeiter wissen sollten, gibt es unter den 16 Autoren nur 3 Ärzte mit Erfahrung in der Klinikleitung, die anderen gehören zu den oben genannten Fachgruppen. Die Nichtmediziner unter den Autoren zeichnen sich meist durch eine eigene Sprache aus, die dem Mediziner fremd ist, sie lieben außerdem englischsprachige Begriffe, was Dankbarkeit für die Verfügbarkeit von Wikipedia aufkommen lässt. So wird im Kapitel „War for talents“ unter „Employer Branding“ eine aktuelle Eye-Catching-Studie des Jobware Online-Service verwiesen. Es atmen vermutlich ärztliche Leser auf, wenn sie auf den von einem leitenden Krankenhausarzt (M. A. Weber) verfassten Abschnitt „Kernkompetenz im ärztlichen Management“ stoßen, in dem zum Miteinander von Krankenhausbediensteten statt umfangreicher betriebswissenschaftlicher Überlegungen nichts weniger als „gegenseitige Achtung und Wahrhaftigkeit“ gefordert wird.

Der erste Teil des Buches ist unter der Überschrift Konzepte und Tools (Warum nicht Werkzeuge) vorwiegend der Persönlichkeitsbildung von Menschen mit Führungspositionen gewidmet. Sie gelten überwiegend allen Menschen mit Führungsaufgaben und könnten in ihrer Ausführlichkeit vielfach durch Appelle an die Qualitäten guten Benehmens für jedes menschliche Miteinander ersetzt werden. Es werden u. a. Methoden zur Anwerbung qualifizierter Mitarbeiter und über Möglichkeiten, sie zu langzeitiger Zusammenarbeit zu binden besprochen. Ausführlich behandelt wird der Umgang mit Mitarbeitern, die die von ihnen verlangte Arbeitsqualität nicht erbringen und schließlich eine Trennung (Outplacement) erfordern. Anforderungen an leitende Pflegekräfte erfahren eine gesonderte Besprechung.

Der zweite Teil heißt Praxis und Projekte. Hier geht es um Anwerbung von Führungskräften, um Forderungen an ihr Können, schließlich aber auch um Auflösung des Dienstverhältnisses. M. A. Weber beschreibt die Kernkompetenzen ärztlichen Managements. Unter Kommunikation und Konfrontation zwischen Cheärzten und Geschäftsleitung werden bereits anderenorts publizierte einschlägige Befragungsergebnisse dargestellt.

Das Buch endet mit der Empfehlung für alle Mitarbeiter eines Krankenhauses, sich an der Verbesserungsarbeit mit Focus Qualität dauerhaft zu beteiligen.

(J. Düllings). Wege zur Steigerung der Attraktivität werden beschrieben. Mittelpunkt des Interesses bleibt im ökonomischen Schatten der DRGs der kranke Mensch und seine Erwartung, im Krankenhaus eine im engen Sinne des Wortes echte Heilstätte zu finden.

Bei meiner Selbstbefragung nach Lektüre des Buches, ob ich als langjähriger Chefarzt einer chirurgischen Krankenhausabteilung und als Ärztlicher Direktor eines Schwerpunktkrankenhauses zu Beginn meiner Leitungsaufgaben mit dem Wissen dieses Buches besser gefahren wäre als ohne entsprechende Belehrung ist sicher, dass der Umgang mit DRGs und ihren Folgen hätte erlernt werden müssen. Auf nennenswerte Abschnitte, insbesondere solche, die sich mit allgemeinen Führungsqualitäten befassen hätte ich sehr wohl verzichten können. Bei den heutigen zusätzlich notwendigen Qualifikationen für Ökonomische Probleme braucht der Arzt in Leitungsfunktion ein Buch wie dieses.

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

Einladung

An die
1. Mitglieder des Präsidiums,
2. Mitglieder der Konferenz der Landesvorsitzenden und
3. an die Delegierten der Landesverbände im Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Delegiertenversammlung am 14. Oktober 2016 in Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Freitag, den 14. Oktober 2016, 13.00 Uhr - 17.15 Uhr

in das

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

ein.

Die Tagesordnung ist dieser Einladung als Anlage beigefügt.

Der Delegiertenversammlung vorgeschaltet ist ein kleiner Imbiss in der „Lobby Arcardia“, der ab 12.00 Uhr beginnt.

Im Tagungshotel wurde für die Mitglieder des Präsidiums und der Konferenz der Landesvorsitzenden ein Kontingent von 2 Übernachtungen (vom 13. auf den 14. und vom 14. auf den 15.10.2016) und für die Delegierten ein Kontingent für eine Übernachtung (vom 14. auf den 15.10.2016) reserviert. Damit wird es den Mitgliedern der Delegiertenversammlung ermöglicht, auch am 15.10.2016 am 5. VLK-Bundeskongress in Berlin teilzunehmen.

Falls Sie eine entsprechende Zimmerreservierung wünschen, bitten wir Sie, dies der Geschäftsstelle auf dem beigefügten Antwortformular bis zum 25.08.2016 mitzuteilen.

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

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise nach Berlin und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Ihr

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser
Präsident VLK

Dipl.-Volksw. Gerd Norden
Hauptgeschäftsführer

Tagesordnung

1. Genehmigung der Ergebnisniederschrift über die Delegiertenversammlung vom 18. September 2015 in Berlin
   – Vergleiche Schreiben VLK vom 28.09.2015 –

2. Bericht des Vorsitzenden

3. Berichte der Landesvorsitzenden

4. Rechnungslegung

4.1 Geschäftsbericht 2015
– Vorlage folgt –
4.2 Genehmigung des Jahresabschlusses 2015
und Entlastung des Schatzmeisters
4.3 Genehmigung des Haushaltsplan-Entwurfs 2017
– Vorlage folgt –
4.4 Festsetzung der Mitgliedbeiträge für das Jahr 2017
4.5 Bestellung des Wirtschaftsprüfers für das Jahr 2016

5. Entlastung des Präsidiums und der Geschäftsführung

6. Stiftung „Arzt-Gesundheit“

7. Verschiedenes

8. Tag, Zeit und Ort der nächsten Delegiertenversammlung

Das stand auf der Agenda

Juli - August 2016

Foto: © frankdaniels/fotolia.com

18.07.2016, Hamburg

- Gespräch mit Geschäftsführung MEDI-LEARN
  Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

20.07.2016, München

- Gespräch mit KfH-Ärzten
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

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

01.08.2016, Telefonkonferenz

- Telefonkonferenz Präsidium VLK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber,
  Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Dr. Methodi Jantschulev, Dr. Jürgen Brenner, Gerd Norden

03.08.2016, Düsseldorf

- Kooperationsgespräch BDC, BDI, VKD, VLK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

08.08.2016, Berlin

- Gespräch mit Geschäftsführung bvmd
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

12.08.2016, Düsseldorf

- Gespräch mit KBV und BÄK
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden